



**Antero Rodrigues  
Figueira**

**Qualidade de Vida e Espiritualidade  
em Pessoas Idosas**



**Antero Rodrigues  
Figueira**

**Qualidade de Vida e Espiritualidade  
em Pessoas Idosas: a UCCC do HJLC**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

Presidente

Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo  
Equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Vogal – Arguente Principal

Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira  
Professora Coordenadora s/Agregação, Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

Vogal – Orientadora

Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa  
Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Maria, à Inês e à Isilda.

Agradecimentos aos meus mestres, e a todos os que de certa forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, a quem devo a orientação. Pela sua disponibilidade, sensibilidade e paciência e, acima de tudo pelos seus profundos conhecimentos e apoio constante.

**palavras-chave**

Envelhecimento, Qualidade de Vida, Espiritualidade, Unidade de Cuidados Continuados Convalescentes

**resumo**

O envelhecimento populacional tem feito emergir um conjunto de novos domínios de investigação (como a qualidade de vida) e conduzido à reorganização dos cuidados de saúde. Este estudo centrou-se na Unidade de Convalescença do Hospital José Luciano de Castro Anadia, enquadrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados, uma resposta em Portugal para as necessidades de reabilitação.

Este estudo analisa a qualidade de vida percebida e a espiritualidade de pessoas idosas (75 anos ou mais), comparando o momento da admissão com o da alta. Além disso, relaciona a qualidade de vida e a espiritualidade. A amostra compreende 25 pessoas idosas, procurando identificar os ganhos de pessoas muito idosas decorrentes do internamento numa unidade desta natureza. Os instrumentos de recolha de dados foram: o Easycare (*Elderly Assessment System*, Sousa *et al.*, 2009) e a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais Ribeiro, 2007).

Comparando o momento de admissão e alta, os resultados sugerem: i) ganhos em qualidade de vida mais evidentes nas dimensões *cuidar de si, mobilidade, pontuação de independência*; ii) fortalecimento da espiritualidade.

O investimento das instituições e seus profissionais nas diferentes dimensões da qualidade de vida é um caminho para a capacitação da pessoa idosa com vista à sua reintegração familiar, social e comunitária. Este é ainda um percurso que contribui para um bom envelhecimento.

**keywords**

Aging, Quality of Life, Spirituality, Convalescent Continuing Care Unit

**abstract**

The population aging leads to the emerging of a set of new research areas (including the life quality); as well has led to the reorganization of health care. This study was performed in the Convalescence Unit of the Hospital José Luciano de Castro, Anadia, which fits into the National Network for Continuing Care, a response in Portugal to needs for rehabilitation.

This study examines the perceived quality of life and spirituality of older people (75 years or more), comparing the time of admission to that of discharge. Moreover, it relates quality of life to spirituality. The sample consists of 25 elderly, in order to realize the gains of very elderly people resulting from admission to a unit of this kind. The instruments of data collection were: EasyCare (Elderly Assessment System, Sousa et al., 2009) and Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais Ribeiro, 2007).

The results suggest, comparing the time of admission and discharge: i) gains in quality of life more clearly in the dimensions of self care, mobility, independence score, ii) strengthening of spirituality.

The investment of the institutions and their professionals in the different dimensions of quality of life is a path to empowerment of the elderly, aiming at their family, social and community reintegration, what results in a good way for aging.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	01
<b>1.QUALIDADE DE VIDA</b>	03
1.1.ORIGEM	03
1.2.DEFINIÇÃO	04
<b>2.ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA</b>	06
2.1.QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ACTIVO	09
2.2.FACTORES PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE	10
<b>3.QUALIDADE DE VIDA, ENVELHECIMENTO E REDE DE CUIDADOS</b>	
<b>CONTINUADOS INTEGRADOS</b>	13
3.1.CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS, UM NOVO PARADIGMA	16
3.2.O HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO – ANADIA	17
<b>3.2.1.Origem</b>	17
3.3.UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO, ANADIA	18
<b>4.ESPIRITUALIDADE</b>	20
4.1.ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	21
4.2.ESPIRITUALIDADE E O IDOSO	22
4.3.ESPIRITUALIDADE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA	24
<b>5.OBJECTIVOS</b>	26
<b>6.METODOLOGIA</b>	26
6.1.INSTRUMENTOS	26
<b>6.1.1.EASYcare: Sistema de Avaliação de Idosos</b>	27
<b>6.1.2.Escala de Avaliação da Espiritualidade</b>	28
6.2.AMOSTRA	29
6.3.PROCEDIMENTOS	30
6.4.CARACTERIZAÇÃO	30
6.5.ANÁLISE DE DADOS	31
<b>7.RESULTADOS</b>	32
7.1.QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA	32

7.2.PERFIL ESPIRITUAL	45
7.3.ESPIRITUALIDADE VERSUS QUALIDADE DE VIDA	48
<b>8.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	49
8.1.QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO MOMENTO DA ADMISSÃO E ALTA, NA UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HJLC	49
8.2. PERFIL ESPIRITUAL DOS IDOSOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HJLC	56
8.3.LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DE PESQUISA	57
8.4.RECOMENDAÇÕES	58
<b>9.CONCLUSÕES</b>	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
<b>ANEXO I – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS</b>	
<b>ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Causa de Internamento/Diagnóstico Principal	31
Tabela 2. Visão, Audição e Comunicação.	32
Tabela 3. Cuidar de Si	34
Tabela 4. Mobilidade	36
Tabela 5. Segurança	37
Tabela 6. Local de Residência e Finanças	38
Tabela 7. Manter-se Saudável	39
Tabela 8. Saúde Mental e Bem-Estar	41
Tabela 9. Administração de Medicação	42
Tabela 10. Easycare: teste de comparação entre momento de admissão e alta	43
Tabela 11. Easycare, idade e anos de educação formal: correlações	43
Tabela 12. Easycare e estado civil	44
Tabela 13. Dimensões Easycare momento da Alta e diagnóstico/causa de internamento	45
Tabela 14. Espiritualidade: alpha de Cronbach	46
Tabela 15. Escala de espiritualidade: momento de admissão versus alta	46
Tabela 16. Escala de espiritualidade versus idade e escolaridade: correlações	47
Tabela 17. Espiritualidade versus Easycare nos momentos de admissão/alta	48
Tabela 18. Dimensões do Easycare versus Espiritualidade no momento de admissão e alta: correlação (Rho de Spearman)	49

## **Siglas**

AIVD - Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Actividades de Vida Diária

EGA - Equipa da Gestão de Altas

HJLC - Hospital José Luciano de Castro

INE - Instituto Nacional de Estatística

IQS/HQS - Instituto da Qualidade em Saúde / Health Quality Service

MS - Ministério da Saúde

MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

QV - Qualidade de Vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TCE - Traumatismo crânio-encefálico

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCCC - Unidade de Cuidados Continuados Convalescentes

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, mas também um dos seus maiores desafios. O aumento da população idosa em conjugação com o aumento da esperança de vida tem gerado importantíssimas repercussões nos campos sociais e económicos, gerando uma intensificação do interesse por estudos sobre o envelhecimento. Ao entrarmos no século XXI, as pesquisas sobre vários tópicos associados ao envelhecimento social, individual e económico aumentaram exponencialmente. No entanto, as pessoas idosas ainda são ignoradas como recurso importante na estrutura das nossas sociedades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) argumenta e sugere que os países podem custear melhor as consequências económicas do envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento activo” que promovam a saúde, participação e segurança dos cidadãos e cidadãs mais velhos. A evolução actual do Homem, no que concerne ao envelhecimento, está relacionada com um binómio: declínio de mortalidade em idades precoces e aumento da esperança de vida. No entanto, nem sempre surge associado ao objectivo primário de aumento da qualidade de vida (Pinto 2006, citado por Gomes 2008).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) estimou que em 31 de Dezembro de 2005 a população residente em Portugal seria de 10 569 592 indivíduos, dos quais 5 115 742 homens e 5 453 850 mulheres. Ou seja, mantém-se a tendência de anos anteriores, em que o ritmo de crescimento da população abrandou, a população continua a envelhecer, sendo que o índice de envelhecimento aumentou de 109 idosos por cada 100 jovens em 2004 para 110 em 2005, traduzindo envelhecimento populacional onde 17% da população tem mais de 65 anos.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). A RNCCI tem como objectivo estabelecer estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidado, que contribua para dar respostas coerentes às pessoas que necessitam de cuidado de

saúde e apoio social. São os “novos doentes”, por norma pessoas mais envelhecidas, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade, evolução prolongada e dependência. A RNCCI constitui-se como uma forma de promover a qualidade de vida de pessoas com elevada dependência, o que é mais comum entre os mais idosos. É definida como:

*“Um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, pag.3857).*

A filosofia adoptada na RNCCI é centrada no *cuidar e reabilitar*, implicando mudanças no paradigma vigente com alterações nas dinâmicas das instituições, nas respostas profissionais e no tipo de cuidado às pessoas idosas e seus familiares. A abordagem da RNCCI, pelas repercussões que terá no cuidado à pessoa idosa, implicará uma mudança na filosofia do cuidar, principalmente por aliar as acções de saúde e apoio social, alicerçadas em avaliação e planeamento conjuntos. Neste contexto, os modelos de trabalho assentam em equipas: *multi-disciplinares* (complementaridade das actuações dos diferentes profissionais); e *interdisciplinares* (definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das intervenções, entre os profissionais da equipa).

Os estudos em Portugal sobre a qualidade de vida dos utentes e os ganhos em saúde nestas unidades são ainda praticamente inexistentes. Assim, este estudo exploratório analisa a qualidade de vida (QV) percebida por idosos com 75 anos ou mais, comparando o momento da admissão com o momento da alta. Além disso, relaciona a QV com espiritualidade, e analisa a influência da causa de internamento/diagnóstico de admissão. A recolha de dados decorreu na Unidade de Cuidados Continuados Convalescentes do Hospital José Luciano de Castro (Anadia), que se insere na RNCCI e iniciou a sua actividade em Janeiro de 2008. Os resultados do estudo são relevantes para dar visibilidade às vantagens da prestação de cuidados multidisciplinares identificando

ganhos em saúde e para identificar factores que possam melhorar a prestação de cuidados.

## 1. QUALIDADE DE VIDA

### 1.1. ORIGEM

A expressão QV foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objectivos não podem ser mantidos através do balanço dos bancos; só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Historicamente, desde os anos 1960, que a expressão QV tem sido utilizada de forma cada vez mais frequente

O interesse pela QV surgiu igualmente ligado aos sistemas de indicadores sociais (Cummins, 2000; Rapley, 2003, citados por Canavarro *et al.*, 2006), em que prevalecia uma abordagem essencialmente economicista que analisava o crescimento económico das sociedades através da evolução do respectivo PIB (Produto Interno Bruto) ou do rendimento *per capita*. A evolução do conceito de QV está também associada a diversos referenciais teóricos que reflectem conceitos como: satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjectivo, muitas vezes utilizados indiscriminadamente como sinónimos (Frisch, 2000; Taillefer, Dupuis, Roberge & Le May, 2003, citados por Canavarro *et al.*, 2006). Este facto tem contribuído para dificuldades na delimitação científica do conceito. Ainda que relacionados, estas designações são estruturalmente diferentes do conceito de qualidade de vida (Frisch, 2000 citado por Canavarro *et al.*, 2006).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multi-factoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *contínuo*, relacionados com aspectos económicos, socioculturais, experiências pessoais e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das

práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o sector nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças, (Schuttinga, 1995 citado por Seidl, 2004).

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) assume saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Esta definição implica que as iniciativas de promoção de saúde não sejam somente dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, mas valorizando igualmente aspectos como o bem-estar e a qualidade de vida. Em sequência, na literatura clínica termos como “estado de saúde”, “impacto da doença”, “invalidação da doença” surgem associados, de forma directa ou inversa, à qualidade de vida, contribuindo para a confusão conceptual, (Canavarro *et al.*, 2006). A QV, num sentido amplo, somente é compreendida se for captada nas suas múltiplas dimensões, incluindo por exemplo: profissão, vida familiar, vida social, espiritualidade. Como a QV tem sido estudada em diversos contextos e em diferentes populações, têm sido utilizados diversos indicadores para a avaliar. De forma geral, cada definição reflecte o contexto e os indicadores estudados.

## 1.2. DEFINIÇÃO

Definir Qualidade de Vida (QV) é uma tarefa difícil, considerando o seu carácter subjectivo, complexidade e multidimensionalidade. A QV de uma pessoa depende de factores intrínsecos e extrínsecos e está dependente de influências do quotidiano (como hábitos e estilo de vida). Esta dificuldade consubstancia-se na proliferação de instrumentos de avaliação, alguns sem base conceptual e ancorados apenas na cultura americana. Alguns autores consideram que este conceito pode estar ausente de influência cultural (Fox-Rushby e Parker, 1995, citados por Fleck, 1998), por existir uma "universal cultural" de qualidade de vida; isto é, que independentemente da nação, cultura ou época é importante que as pessoas se sintam bem, possuam boas condições físicas e se sintam socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger, 1993 citado por Fleck, 1998).

Neste contexto de complexidade e falta de consenso quanto ao conceito de QV, a OMS reuniu um conjunto de peritos de diferentes culturas (WHOQOL, World Health

Organization Quality of Life – Group, 1994 ) com o objectivo de debater o conceito e construir um instrumento para a sua avaliação. O trabalho desenvolvido conduziu a definição de QV como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Esta definição explícita uma concepção abrangente de QV, influenciada de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com o meio envolvente (WHOQOL Group, 1995). A coerência entre a definição e o instrumento de avaliação está patente na estrutura multidimensional do WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Este instrumento é composto por seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais (religião ou crenças pessoais). Em cada domínio várias facetas da QV sintetizam o seu domínio particular, num total de 24 facetas e 1 de QV geral. Cada faceta do WHOQOL pode ser caracterizada como uma descrição de um comportamento, estado, capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva. (Canavarro *et al.*, 2006).

A primeira versão em língua portuguesa do WHOQOL-100 foi desenvolvida para Português do Brasil, em Porto Alegre (Fleck *et al.*, 1999, 2000, citados por Canavarro *et al.*, 2006). A versão em Português de Portugal encontra-se também disponível (Canavarro *et al.*, 2006a).

A falta de consenso relativamente à definição de QV deve-se, sobretudo, à complexidade do seu estudo, determinada pelo seu carácter temporal e natureza multidimensional, onde intervêm factores objectivos e subjectivos. Neste sentido, diversos autores tentam encontrar uma concepção mais abrangente. Minayo (2000) considera que a QV é boa ou excelente quando oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzir bens e serviços, dedicando-se à ciência ou as artes. Para Alleyne (2001 citado por Soares, 2004), QV é uma ideia difícil de precisar, pois relaciona-se com características objectivas e trata de reacções mais subjectivas como a dor e a esperança. Velarde-Jurado e Avila-Figueroa (2002 citado por Soares, 2004) definem QV como uma estrutura multidimensional que inclui estilo de vida, casa, satisfação na escola e no emprego, situação económica, dentro de uma auto-percepção, ou seja, que consiste na soma de sensações subjectivas e pessoais do “bem-estar”.

## 2. ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial. A OMS (2001) fez uma projecção que aponta para um 1,2 biliões de pessoas entre os 60 e os 80 anos em 2025, sendo que a maior parte destas pessoas (75%) vive nos países desenvolvidos.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação ou inversão das pirâmides etárias, reflectem o envelhecimento da população e vieram colocar aos governos, famílias e sociedade desafios para os quais não estavam preparados. Envelhecer o mais possível com saúde, autonomia e independência constitui actualmente um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução no desenvolvimento económico dos países.

A OMS (1991, citado por Tessari, 2000) define QV na velhice como a manutenção da saúde no maior nível possível nos diversos aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. Neste sentido, Coimbra e Brito (1999, citado por Páscoa, 2008) consideram que para o idoso a QV é uma percepção global positiva da vida pessoal, para a qual contribuem vários domínios e componentes. Esses domínios englobam: educação, saúde o bem-estar físico, material e social, relações pessoais, actividades cívicas e recreativas. Deliberato (2002 citado por Páscoa, 2008) considera que a busca da qualidade de vida é um processo contínuo individual e colectivo. A adopção de um estilo de vida mais activo representa uma decisão individual, com reflexos no colectivo. Neste sentido, falar em QV, significa adoptar medidas educacionais, sistemáticas e incentivadoras.

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) há que pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que são exemplos: prática de actividade física moderada e regular, alimentação saudável, não fumar, consumo moderado de álcool, promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social. Importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções próximas dos cidadãos:



*O envelhecimento não é um problema, mas uma fase natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Por isso, implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes a vários níveis: população em geral; formação dos profissionais de saúde e outros campos de intervenção social; adequação dos serviços de saúde e apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico; e ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada”.*

*“Os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida. Porém, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão, solidão e isolamento de muitas pessoas idosas. A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, exposição aos ambientes e dos cuidados de saúde recebidos.”* (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Despacho Ministerial de 8 de Junho de 2004, pag.3-7)

Sousa e Figueiredo (2003) indicam que as teorias do envelhecimento bem sucedido vêm o sujeito como pró-activo, regulando a sua QV através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e envolvidos na manutenção do bem-estar. Assim, o envelhecimento bem sucedido é acompanhado de QV e deve ser fomentado nas fases anteriores de desenvolvimento. Victor *et al.*, (2000, citado por Borges, 2008) consideram que a QV inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de QV vão desde a satisfação com a vida e bem-estar social, até aos conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Smith (2001 citado por Sousa *et al.*, 2003) argumenta que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, dinheiro suficiente). Actualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A noção de qualidade de

vida passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a *gozar* a vida. A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia (Duarte e Pavarini, 1997 citado por Sousa *et al.*, 2003). As dependências observadas nos idosos resultam de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) e de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes & Silvenberg (1995 citado por Sousa *et al.*, 2003) descrevem três tipos de dependência: i) estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego); ii) física, incapacidade funcional para realizar actividades da vida diária; iii) comportamental, com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente da competência do idoso (o meio espera incompetência).

É importante distinguir os "efeitos da idade" de patologia. Algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Começa a ser aceite que qualquer declínio precoce provavelmente reflecte patologia e não os efeitos da idade (Hansson e Carpenter, 1994 citado por Sousa *et al.*, 2003). Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida. Nos idosos a QV é largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência. No entanto, os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina, por aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção. A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e QV e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. É comprovada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma actuação concertada, de todos os actores da sociedade, para melhorar os cuidados (Circular Normativa Direcção Geral da Saúde nº 13 de 02/07/04).

## 2.1. QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ACTIVO

O envelhecimento activo é um paradigma introduzido pela OMS (2002), definido como “o processo pela qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”. No entender de Fernández- Ballesteros, (2002 citado por Torres, 2008) é um conceito inovador que reflecte a importância dos factores psicológicos e psicossociais na formulação de intervenções promotoras da adaptação ao envelhecimento. Assim, os estilos de vida e a auto-eficácia podem influenciar e determinar maior bem-estar. A palavra “activo” (OMS, 2002) refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade do indivíduo estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. O idoso tem que continuar a participar na sociedade de forma útil e a sentir que faz parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento. Este conceito implica uma actuação multidisciplinar e interdisciplinar. O envelhecimento activo é o conjunto de atitudes e acções que se podem tomar no sentido de prevenir ou de adiar as dificuldades do envelhecer (Almeida, 2008). Durante anos a grande preocupação da investigação médica foi a longevidade. Hoje, essa preocupação associa-se à da QV (Almeida, 2008).

O envelhecimento activo envolve três áreas (Almeida, 2008): i) envelhecimento biológico que pode ser protelado, mas é inevitável; ii) envelhecimento intelectual, que implica a necessidade de estimulação com exercícios que sejam desafios para a mente; iii) envelhecimento emocional, associado a motivação para manter os cuidados com os estilos de vida. Ao contribuir para estilos de vida saudáveis pode reduzir-se o aparecimento de determinadas doenças e incapacidades e diminuir a carga social que comportam. A QV é um dos objectivos da vida humana, desejado e perseguido, por todos desde o nascimento até à morte. Nos idosos esta qualidade não depende apenas do passado, mas sobretudo do presente e do horizonte de futuro (Raposo *et al.*, 2005, citado por Páscoa, 2008).

A rede de universidades da terceira idade faz referência à OMS, salientando que no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento activo, no sentido de melhorar as oportunidades de saúde, de participação e de

segurança. Surgiu um novo paradigma na velhice que identifica as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade. Desta forma, o envelhecimento activo visa a manutenção da autonomia e da independência, a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

## 2.2. FACTORES PROMOTORES DA QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

O processo de envelhecimento demográfico repercute-se nas diferentes esferas da estrutura social, económica, política e cultural, uma vez que os idosos, da mesma forma que os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), possuem especificidades para a obtenção de adequadas condições de vida. O aumento da população idosa e da expectativa de vida tem gerado a intensificação do interesse por estudos empíricos e teóricos sobre a velhice e envelhecimento, bem como a criação de alternativas de promoção do envelhecimento saudável e da preocupação com o atendimento da população idosa nas áreas social, saúde e educacional (Siqueira, 2009).

A longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas, mesmo não idosas (Paschoal, 2002 citado por Siqueira 2009): “o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o medo de viver com a incapacidade e a dependência.” Numa sociedade activa e competitiva como a nossa, espera-se que o idoso fique afastado do meio social activo, por estar fora do ritmo dos acontecimentos e improdutivo aos olhos do dinamismo social. Essa falta de utilidade, juntamente com a perda do papel social, desencadeia na sociedade um preconceito relacionado com a idade: idadismo (ageism). Como diria Cavanaugh (1997, citado por Fonseca, 2006) o idadismo suscita uma atitude negativa que afecta o comportamento dos mais novos em relação aos mais velhos e que pode fazer com que os próprios idosos olhem para si de acordo com uma imagem conforme às expectativas generalizadas, isto é, incompetentes e incapazes. Este conceito está muito enraizado na nossa sociedade, por isso teme-se envelhecer e tenta-se não parecer velho (para não se tornar incompetente e incapaz aos olhos dos outros). Nesta linha também se tende a tratar os idosos como crianças e como apenas dignos de papéis sociais de menor relevo. Mas, se olharmos para as pessoas idosas (sem doença), e observarmos não menosprezando, vemos pessoas capazes, com

tempo disponível para si e para se dedicarem a tarefas nobres, apesar de muitas vezes impossibilitadas de participar nas mais variadas tarefas porque “não é para a sua idade”, “já não é tão capaz”. Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, integração social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, *status* social, rendimento, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos. Reveste-se de grande importância científica e social analisar as condições de vida na velhice, por permitir a implementação de alternativas válidas de intervenção, tanto em programas gerontogeriátricos, quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar das pessoas idosas. Mas, a interpretação de indicadores deve ser apenas entendida como reflexo minoritário da realidade complexa do dia-a-dia.

Várias pesquisas têm demonstrado que a participação em atividades físicas regulares, recreativas e de lazer são fundamentais para um bom desempenho físico do idoso (Leite, 1990; Yasbek e Batistella, 1994; Federighi, 1995; Matsudo, 1992 citados por Goyaz, 2003). Terá de se considerar o equilíbrio entre as limitações e potencialidades do idoso, que contribuem para que lide com as inevitáveis perdas decorrentes do envelhecimento. A actividade física direccionada ao idoso deve considerar as suas particularidades e serem realizadas de forma gradual. Também devem promover a aproximação social, ter carácter lúdico, com intensidade moderada e de baixo impacto, serem diversificadas. Um estilo de vida activo traz efeitos benéficos para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia física durante o processo de envelhecimento, em suma: melhor QV.

Também fundamental é a manutenção de uma alimentação adequada. Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações em todo o organismo que devem ser acompanhadas para prevenir problemas de saúde. Uma das alterações é o aumento da massa gorda e diminuição da massa muscular (água, tecido ósseo e tecido muscular). Esta alteração é resultado de uma série de factores, tais como diminuição de actividade física, hábitos alimentares inadequados, diminuição da água corporal. É comum alteração no paladar, devido à diminuição das papilas gustativas que permitem sentir os sabores (doce, amargo, e ácido). Além disso, podem ocorrer alterações na dentição que prejudicam a mastigação. A alimentação deve ser variada e adaptada a esta fase, para realçar o sabor

dos alimentos e torná-los mais fáceis de mastigar e deglutir, mantendo o equilíbrio na oferta de nutrientes (Coelho 2010).

A promoção de saúde representa uma forma promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afectam as populações, propondo a articulação dos saberes técnico e popular, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para ultrapassar dificuldades. A promoção de saúde caracteriza-se pelo entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de factores relacionados com a qualidade de vida, incluindo: padrão adequado de alimentação, nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico saudável, apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e adequado apoio em cuidados de saúde. Os mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida são a implementação de políticas de saúde adequadas. A realização de estudos que visem pesquisar concepções sobre o envelhecimento ajudaria na construção de conteúdos para formação e capacitação dos profissionais. A Direcção Geral da Saúde (2004: 6) reafirma que:

*“Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias. Na verdade, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento que é fortemente influenciado por factores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, dos estilos de vida desadequados e dos estados de doença. O conceito de envelhecimento activo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações”.*

Relativamente ao convívio familiar e social, entende-se que é fundamental para a saúde psicológica do idoso, a permanência junto da família e comunidade no qual se encontra inserido. Neste sentido, a família tem um papel primordial na construção e na vida do indivíduo, pois interfere no processo de saúde-doença dos seus membros, individual e colectivamente. Segundo Oliveira *et al.* (2006) é no seio da família que o idoso pode participar num ambiente onde há possibilidade de identificação pela construção da sua individualidade, em companheirismo respeito e dignidade. Outros factores importantes a ter em conta quando da permanência em família, são, a alimentação equilibrada e saudável, em que o lazer e a cultura se tornam mais fáceis para a sua inclusão social e mesmo melhorar a sua concentração, que no processo de envelhecimento pode diminuir. Alguns autores abordam a correlação (positiva), entre espiritualidade e bem-estar com referência ao envelhecimento (Peel 2005, citado por Oliveira 2008). Há ainda quem relacione a espiritualidade com a saúde mental, notando quão importante ela é, quer para promover a saúde mental quer para evitar a doença, ou ensinar a confrontar-se melhor com ela (Kruse, 2005 citado por Oliveira 2008). Alguns estudos mais recentes, sobre religião e espiritualidade relacionados com saúde mental nos idosos, concluíram que a espiritualidade ajuda a confrontar-se com o stress e outras durezas da vida, contribuindo assim para uma melhor saúde física e psíquica (Oliveira 2008). Hays (2002, citado por Oliveira, 2008) sublinha ainda a importância da música para um envelhecer positivo. Também nos idosos a música se reveste de grande importância para o seu bem-estar, e é necessário que terapeutas e outros profissionais tomem disso consciência e ponham em prática o seu uso (Oliveira 2008).

### **3-QUALIDADE DE VIDA, ENVELHECIMENTO E REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Envelhece-se sempre, mas a forma como se envelhece e a dignidade do apoio oferecido é diferente e condicionadora de uma merecida qualidade de vida (Silva, 2006). O apoio institucional é algo importante durante o processo de envelhecimento para os idosos que residem na comunidade. Em alguns casos a institucionalização acaba por ocorrer.

O processo de institucionalização, simbolizado pela saída de casa, pode ser longo ou de curta duração. Para os idosos viver em casa é uma dimensão integral de independência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal. A residência habitual de anos tem várias funções profundas na vida de qualquer pessoa, em especial de um idoso: segurança objectiva contra a adversidade do meio ambiente e segurança subjectiva contra o medo; local de intimidade e privacidade individual e familiar; lugares de identidade, pois a decoração, os móveis o ambiente reflectem a individualidade, um depósito de lembranças, permitindo a continuidade entre o passado e o presente. A mudança de local prejudica a funcionalidade nas actividades de vida diária, pois envolve readaptação, num período em que estas capacidades estão diminuídas (Sousa *et al.*, 2004). No caso da institucionalização temporária (hospitalização), estar doente e ser internado é desagradável, pelas incertezas em relação ao futuro e pelo mal-estar inerente à doença. Acresce que o meio hospitalar é estranho, as pessoas são desconhecidas, comportam-se de forma pouco usual e usam uma linguagem misteriosa e imperceptível (Sousa *et al.*, 2004).

Quanto ao sistema de saúde, o impacto do número crescente de idosos é evidenciado por vários estudos. As pessoas idosas constituem um grupo etário muito vulnerável, grandes consumidores de cuidados de saúde, em especial cuidados hospitalares, que exige uma optimização da sua estadia nos períodos de internamento. Além de patologias múltiplas, apresentam situações de dependência que no momento da alta poderão prejudicar a sua autonomia, disponibilidade e capacidade da família para garantir com dignidade os cuidados necessários (Costa, 2002 citado por Silva 2006).

A nível europeu as reformas dos sistemas de saúde têm focado o papel dos hospitais, reestruturação dos serviços, descentralização da gestão (dos hospitais) e a adopção de estratégias de avaliação da produção numa perspectiva empresarial. Observa-se o crescimento das taxas de utilização do hospital com cada vez menos camas, mas mais usadas, traduzindo-se na redução das taxas de demora média, o que reflecte alterações nos padrões da doença e da sua gestão (Silva, 2006).

O aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes são a base da mudança de paradigma na saúde: já não medido apenas pela presença ou ausência de doenças, mas pelo grau de preservação da capacidade funcional. As doenças não devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos tendem a comprometer a independência e a



autonomia do indivíduo (Ramos, 2003 citado por Predebon *et al.*, 2007). Os factores que podem determinar um envelhecimento saudável estão na base das novas propostas para a saúde pública: apostar na prevenção e promoção da saúde, enquanto “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde (OMS, 1986).

Em 2005 iniciou-se em Portugal uma importante reforma do SNS: foi criada a comissão para o desenvolvimento dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência (Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005). O trabalho desta comissão culmina com a publicação do Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho, que cria a RNCCI.

Os objectivos específicos da RNCCI são definidos no artigo 4.º do Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho:

*“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social; A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação de cuidados; A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados e integrados e de cuidados paliativos” (Decreto lei 101/2006 de 6 de Junho, p. 3858).*

Emerge um novo modelo de carácter intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Para Tavares (2008) compreender melhor este modelo importa referir outras definições na base da RNCCI. Neste sentido, a continuidade e a integração do cuidado e a multi/interdisciplinaridade são determinantes. A continuidade do cuidado é entendida como a sequencialidade das intervenções integradas de saúde e de apoio social, no

tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social. Estas intervenções implicam a união das acções de saúde e apoio social, alicerçadas numa avaliação e planeamento conjuntos. Considerando esta acção concertada, surgem a *multi* e a *interdisciplinaridade* como modelos de trabalho em equipa evidenciando o objectivo da RNCCI: prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

A RNCCI realça um novo paradigma no sistema de saúde e de apoio social às pessoas idosas: centrada no *cuidar e reabilitar*, para promover a autonomia das pessoas idosas, diminuir a sua tendência para a dependência e reabilitar as capacidades funcionais que têm (Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho). Esta visão é apoiada na literatura que demonstra que os cuidados continuados revertem algumas situações de dependência, reduzem os reinternamentos nos hospitais, possibilitam a recuperação da funcionalidade e a diminuição da mortalidade e institucionalização (Matthews, 1984; Rubenstein *et al.*, 1984; Applegate *et al.*, 1990; Miller & Weissert, 2000; Garasen, Windspoll & Johnsen, 2007, citado por Tavares, 2008). O modelo clássico (biomédico) de cuidado dos doentes, com foco exclusivamente na alteração biológica e na doença, não é adequado à transição epidemiológica do país. A RNCCI constitui-se como um importante recurso de retaguarda para os cuidados pós-agudos. Neste âmbito surge, em 2008, a Unidade de Cuidados Continuados Convalescentes do Hospital José Luciano de Castro (UCCCHJLC) (Anadia).

### 3.1. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS UM NOVO PARADIGMA

Em Janeiro de 2008, no âmbito da reestruturação do Serviço Nacional de Saúde, com a criação da Nova Rede de Urgência Nacional, o Serviço de Urgência do Hospital José Luciano de Castro – Anadia, foi encerrado. No mesmo ano, o serviço de Medicina foi readaptado e convertido numa unidade de convalescença, integrada na RNCCI. A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes. Implica o trabalho integrado e pró-activo de equipas de saúde e de apoio social

com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

Os Cuidados Continuados Integrados fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação. Na RNCCI o utente é o centro dos serviços prestados. Para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objectivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos). Assim, este tipo de unidades coloca o utente, no centro da sua actuação, sendo este o princípio primordial para a efectiva promoção da complexa abordagem multidisciplinar exigida pela natureza das necessidades da população servida pela RNCCI.

### 3.2. O HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO-ANADIA

#### 3.2.1. Origem

Em 1902, a Família Seabra de Castro por impulso e iniciativa particular de D. Maria Emília, dava início à construção de um edifício que se destinava a Hospital. Em 05 de Outubro de 1928, 26 anos depois, após a conclusão e abertura do edifício, este foi objecto de doação e aceitação pela Mesa Administrativa da Irmandade da Misericórdia de Anadia. A escritura teve lugar em 30 de Outubro do mesmo ano, ficando a designar-se por Hospital – Asilo José Luciano de Castro, em homenagem àquele estadista, por vontade das beneméritas doadoras, sua esposa e filhas, tendo aberto as portas em 18 de Março de 1928. A finalidade do Hospital era o socorro gratuito dos enfermos pobres, aqueles que não possuíam meios para se tratar a expensas próprias. Estas instituições eram administradas pelas Misericórdias ou outras confrarias. O Hospital de Anadia não fugiu à regra. Em 1994 procedeu-se à reestruturação completa da zona norte, assente na estrutura originária, onde foram instalados a entrada principal, os Serviços Administrativos, o Ambulatório, compreendendo as Consultas Externas e o Hospital de Dia, Cirurgia do Ambulatório, Sala de Espera e Arquivo Clínico, Serviço de Imagiologia e Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Em 1996, procedeu-se por auto-financiamento

à beneficiação e remodelação da parte sul, que compreendeu o Serviço de Medicina, Serviço de Cirurgia, Urgência e Imagiologia. Em 1998 ocorreu a ampliação do edifício onde foi instalado um Bloco Operatório, que compreende: duas salas operatórias, sala de indução anestésica, sala de recobro e zona de transfere. Em 2002 ocorreu a ampliação e remodelação da parte do edifício que já tinha sido objecto de remodelação em 1940 e 1996, onde foram instalados o Serviço de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Urgência, Pediatria, Esterilização e Capela, (Anadia, 2007).

As sucessivas obras vieram melhorar as instalações, garantindo maior comodidade e privacidade ao doente, bem como melhorar as condições de trabalho para os profissionais. As beneficiações das estruturas arquitectónicas foram acompanhadas pelo melhoramento do nível técnico dos equipamentos e apetrechamento técnico, permitindo também uma relação mais humanizada e de maior segurança e satisfação, tanto dos doentes como dos trabalhadores, reconhecida pelo IQS/HQS (Instituto da Qualidade em Saúde, Health Quality Service), King's Fund em Junho de 2006, tendo o Hospital obtido a acreditação, (Anadia, 2007).

### 3.3.UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL JOSÉ LUCIANO DE CASTRO, ANADIA

A Unidade de Convalescença do Hospital de José Luciano de Castro localiza-se na Cidade de Anadia pertencente ao Distrito de Aveiro, região Centro e sub-região do Baixo Vouga, com cerca de 5 500 habitantes. Anadia é sede de um município com 217,13 km<sup>2</sup> de área e cerca de 31 500 habitantes, subdividido em 15 freguesias. O município é limitado a norte pelo município de Águeda, a leste por Mortágua, a sul pela Mealhada e a oeste por Cantanhede e a noroeste por Oliveira do Bairro. Anadia é o centro administrativo e comercial de uma fértil área agrícola situada na região da Bairrada. O internamento dos utentes efectua-se através da ECL (Equipa Coordenadora Local) que assegura o acompanhamento e avaliação da rede a nível local, bem com a articulação e coordenação dos recursos e actividades no seu âmbito de referência. O planeamento da alta hospitalar compete às Equipas de Gestão de Altas (EGA). Na sua articulação com as EGA para transferência de doentes, as ECL devem informar da sua decisão quanto ao pedido de admissão em unidade da RNCCI.

A Unidade de Convalescença de Anadia tem uma dotação de 20 camas, e a equipe multidisciplinar é composta por 2 médicos especialistas em medicina interna, um dos quais é director da unidade. As consultas de fisioterapia são asseguradas por médicos contratados em regime de prestação de serviços. A equipe de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros incluindo uma enfermeira-chefe. Fazem ainda parte da equipe, uma psicóloga, uma assistente social, dois fisioterapeutas, um terapeuta da fala, um dietista uma administrativa e oito auxiliares de acção médica.

Durante o primeiro ano de funcionamento, a unidade acolheu cerca de 186 utentes, dos quais 120 tinham mais de 74 anos (64,5%) e 46 (44,73%) tinham idade igual ou superior a 85 anos. Os Cuidados Continuados Integrados constituem um período intermédio entre o cuidado hospitalar e o domicílio, onde profissionais de saúde desenvolvem as suas actividades, com o objectivo de restituir as capacidades perdidas com o episódio agudo.

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2007), o cuidado na Rede: *“significa fornecer os melhores cuidados possíveis e disponíveis a um individuo e ou familiar/cuidador com uma necessidade, num contexto específico”*. No cuidar, os (as) profissionais devem: aplicar a melhor das evidências disponíveis, associada à sua perícia profissional; atender às expectativas e objectivos das pessoas e da família/cuidador; envolver e promover a participação das pessoas e implementar procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzem a maior autonomia possível. O cuidado na rede deve ser: equitativo, responsável e pró-activo, personalizado, dinâmico, eficiente e baseado na evidência (UMCCI, 2007).

Quem chega a este universo não familiar, sente apreensão e angústia (por vezes), devendo ser visto como um ser humano, com identidade e história. Cada utente desta unidade é submetido a programas multidisciplinares personalizados de desenvolvimento e capacitação das suas potencialidades, que exige o envolvimento do próprio e família, para a máxima recuperação possível no período de um mês. Em situações que o justifiquem poderá haver prolongamento do internamento por mais 15 dias.

Estas unidades baseiam-se na ideia de que a saúde e o bem-estar são influenciados pelas oportunidades do indivíduo se envolver em actividades e participar em situações de vida, envolvendo familiares/cuidadores informais na elaboração do seu Plano Individual de Intervenção no respeito pelas suas capacidades, necessidades e preferências. As

perspectivas do indivíduo (atitude, crenças, emoções, hábitos e história de vida, nível de motivação e expectativas) podem constituir obstáculos, ou factores potenciadores da sua recuperação, ocupação/actividade e participação. Além disso, o ser humano tem necessidade de garantir um significado para sua existência, a fim de obter satisfação pessoal. Prolongar a vida sem garantir à longevidade algum significado, não é o melhor desafio para o envelhecimento. Por isso, munir a vida de significado pessoal tem vários efeitos positivos que propiciam a satisfação e, conseqüentemente, o alcance do envelhecimento bem-sucedido, (Sé, 2005).

#### **4-ESPIRITUALIDADE**

A dimensão espiritual é importante na existência do ser humano, desde os primórdios da humanidade. A sua relevância nos contextos de saúde está relacionada com a preocupação crescente em compreender o Homem na sua globalidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). A espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico. A interligação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde, remonta aos primórdios da história, em que os poderes da «cura» estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (como sacerdotes, xamãs), a quem era reconhecido saber para tratar dos males do corpo. A atribuição de causalidade de doença assim como a sua cura foi muitas vezes atribuída a factores religiosos, existindo ainda nos dias de hoje, em alguns contextos socioculturais, esta associação (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). A espiritualidade e a religiosidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Entretanto, a medicina ocidental, como um todo, têm tido, essencialmente, duas posturas em relação ao tema: i) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; ii) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de psicopatologias diversas (Pargament, 1998, Sims 1994 citados por Pio e Fleck, 2003). A tradição da medicina oriental busca integrar de forma explícita as dimensões religiosas e espirituais ao binómio saúde/doença. (Fabrega, 2000 citado por Pio e Fleck, 2003).

#### 4.1.ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

A espiritualidade começou a ser estudada pelos psicólogos, sobretudo a partir da década de 1960. Contudo do ponto de vista filosófico-teológico, já era estudada há séculos, por exemplo no cristianismo desde os primeiros séculos referindo-se os padres da igreja e os místicos à espiritualidade cristã. Frequentemente religião e espiritualidade são consideradas como sinónimos e por isso estudam-se em conjunto (Moberg, 2005 citado por Oliveira, 2008).

Rippentrop (2005, citado por Oliveira, 2008) fez uma revisão da literatura neste domínio, concluindo que nenhum autor definia ou distinguia estes constructos. Todavia a espiritualidade, particularmente entre os idosos, é frequentemente expressa em termos não religiosos, falando-se de um poder interior que leva a cultivar a auto-estima, gratidão, tentar superar a imortalidade, cultivar a liberdade e as amizades, formar comunidades, lutar pela justiça, paz e ecologia (Bianchi, 2005 citado por Oliveira, 2008). Muitos autores concebem a espiritualidade e a religiosidade como formas diferentes de se relacionar com o sagrado, não havendo consenso sobre a sua definição e correlação, devido aos significados que pode assumir o termo espiritualidade: tanto é espiritual uma pessoa devota dentro duma religião tradicional, como alguém que tem experiências místicas ou uma pessoa não religiosa que busca sentido para a vida. Segundo Wuthnow (1998, citado por Oliveira, 2008), a pessoa religiosa pode ser considerada como habitante (de um espaço), enquanto a pessoa espiritual é procurante (anda em busca de sentido). A pessoa religiosa tende a aceitar formas tradicionais de religião, sujeitando-se à autoridade, frequentando um espaço sagrado, rezando em particular e publicamente (culto); a pessoa espiritual prescinde da autoridade, tradição e ritualismo, é mais independente na sua crença, conjugando muitas vezes influências diferentes (Wink & Dillon, 2002 citado por Oliveira 2008). Considera-se que toda a pessoa religiosa é, a seu modo, espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa. A espiritualidade constituiria uma categoria mais ampla e difusa do que a religião. Para Eliason (2000, citado por Oliveira, 2008), a religião incorpora a capacidade de transcendência e supõe a relação com *alguém*, e é constituída por um sistema de crenças e práticas rituais, mais ou

menos oficiais; enquanto a espiritualidade é algo mais difuso e intimista, próximo de uma religiosidade vaga.

Religião provém do étimo latino *religare* e coloca o Homem em relação com a divindade, além de ligar também um grupo ou comunidade no mesmo culto e nas práticas religiosas. Espiritualidade provém do étimo latino *spiritus/spirare* que significa respiração, sopro, alma, vida, animação, consciência, o que vai para além do corpo, o que nos relaciona com o divino. Assim, a espiritualidade pode considerar-se uma tentativa de auto-transcendência e auto-realização e como busca existencial de significado. Associa-se a uma certa interioridade ou densidade interior, proveniente da intimidade do sujeito com o sagrado ou o divino, comportando uma dimensão da vida (e da morte) transcendental. Há a percepção empírica de que a vivência séria da religião condiciona o modo de viver e de encarar os acontecimentos da vida, tornando o crente diferente daquele que tem pouca ou nenhuma fé (Oliveira 2008).

#### 4.2.ESPIRITUALIDADE E O IDOSO

A procura de sentido para a vida ou vontade de significado, é uma variável cognitivo-afectivo-motivacional muito importante para a qualidade de vida psicológica. Já Jung (1933, citado por Oliveira, 2008) se tinha preocupado em procurar e encontrar sentido para a vida ou uma vida com sentido. Outros autores também falaram deste argumento desde as mais diversas perspectivas. Mas foi Victor Frankl quem mais desenvolveu este tópico, talvez por ter vivido três anos no campo de concentração de Auchwitz mais se convencendo que, mesmo em circunstâncias absolutamente trágicas e em situações limite entre a vida e a morte, não se deve perder o sentido da vida (Oliveira, 2008). A busca de sentido é uma constante em todas as idades, e mais ainda na velhice, havendo muitos estudos que se referem particularmente ao sentido existencial da vida dos idosos. A busca de sentido existencial relaciona-se particularmente com a religião e a espiritualidade, pois a maior parte das pessoas, designadamente os idosos, aí procuram respostas para as perguntas mais cruciais (Seifert, 2002 citado por Oliveira 2008). Comparando com outros grupos etários, parece que os idosos demonstram um nível mais elevado de religiosidade, recebendo de diversas formas apoio das instituições religiosas,



contribuindo assim para o seu bem-estar (McFadden, 1995 citado por Oliveira 2008). Dillon (2002 citado por Oliveira, 2008) sobre o desenvolvimento espiritual ao longo do arco da vida adulta, notaram um crescimento significativo na espiritualidade desde a adultez média à velhice, mormente nas mulheres. Sinnott (1994, citado por Oliveira, 2008) afirmou que o desenvolvimento espiritual na idade avançada poderia lançar luz sobre o denominado período do pensamento pós-formal; porém, tal desenvolvimento pode ser perturbado por alguma degenerescência experimentada pelo idoso a nível cognitivo. O mesmo se passa com as emoções e o seu papel na vivência religiosa; a religião não apenas pode constituir uma fonte de emoções positivas, mas também oferecer apoio para regular e gerir as emoções negativas. O idoso está mais predisposto para experiências emocionais do transcendente e para a busca de sentido, sendo muito apoiado pela comunidade de fé envolvente. A fé pessoal e comunitária, as crenças e experiências do sagrado contribuem para uma maior qualidade de vida e de significado existencial.

Elias (2001, citado por Negreiros, 2003), no seu ensaio sobre a solidão dos moribundos, a adesão a crenças é mais forte em grupos cujas vidas são menos controláveis, mais imponderáveis, mais ameaçadoras, com perigos iminentes e imprevisíveis, o que se aplica ao grupo dos mais velhos. Seria um modo de redimensionar receios e dores oriundos da fragilidade, da decadência, da vulnerabilidade e os sofrimentos pelas perdas num percurso maior de vida, além de se tentar ultrapassar e vencer a angústia diante da incógnita da extinção pela morte cada vez mais próxima (Elias, 2001 citado por Negreiros, 2003).

Inúmeras pesquisas, desde várias décadas, indicam o benefício desta relação que envolve espiritualidade e envelhecimento. Embora ambos os termos sejam de difícil conceituação, pois são eivados de preconceito. Quanto ao envelhecimento, é minimizado e caricaturado por eufemismos tais como idoso, terceira idade, maturidade, nova-idade, melhor idade, idade do lobo, da loba, para mascarar a representação social da palavra velho, decadente, inútil, inactivo, ultrapassado, deteriorado. Ou seja, envelhecimento refere-se, quase sempre, a efeitos indesejáveis decorrentes da passagem do tempo. Raramente está relacionado a processo de amadurecimento ou aquisição de uma característica considerada positiva, como sabedoria e virtude (Negreiros, 2003).

Espiritualidade, além de ser uma noção complexa, passa pela objecção de ser considerada um conceito metafísico, não passível de inserção na literatura científica, isto é, sem as credenciais do rigor científico para legitimar o termo. Embora as actuais evidências sejam tão expressivas e numerosas que já não há possibilidades de ignorar nem o termo, nem sua relação com o envelhecimento (Goldestein & Sommerhalder, 2002 citado por Negreiros, 2003). Não é um tema confortável para os profissionais, pois é associado a confissão religiosa, credence e, frequentemente, é percebido como uma abordagem falsa, enganosa, sectária, calcada na necessidade de se apontar um descaminho na vã tentativa de buscar eternidade.

#### 4.3. ESPIRITUALIDADE, ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Diversas pesquisas existem sobre a relação entre espiritualidade e envelhecimento, em diversos contextos, incluindo-se as direccionadas para melhoria de condições de vida e de saúde (pelo auto-conhecimento, prática de virtudes, adaptação a condições adversas, interacção social, devoção religiosa), até à aceitação e preparação para a morte (crença na manutenção do espírito, apesar da decadência corporal, transcendência a si próprio, ao tempo e ao espaço e desapego).

Os conceitos de QV e espiritualidade aproximam-se segundo algumas definições. Se considerarmos que a QV é um resultado, então as outras variáveis serão dignas de intervenção visando uma melhor QV. O Homem é um ser social, físico, psicológico e espiritual. Portanto, para viver mais e melhor é preciso estar inserido no contexto social, desfrutar de saúde (física e mental). Há vários momentos da vida que nós paramos para perguntar! Quem sou? Por que estou aqui? Teremos respostas, à medida que temos fé, acreditamos no que não vemos, mas acima de tudo acreditamos no que sentimos. A pessoa idosa exercita a sua espiritualidade, segundo o já consagrado trabalho “Tudo Bem, Graças a Deus,” de Goldstein e Neri, (2000 citado por Filho, s.d.), que coloca a igreja como o lugar onde as pessoas idosas se sentem mais amadas.

É com o envelhecimento que mais se valorizam os dons espirituais, deixando para segundo plano as coisas materiais. Segundo a história, os anciãos eram respeitados como profetas, sábios e doutores da lei. Porque sempre se acreditou que é na prudência dos

mais velhos que reside a valorização o bom senso e o discernimento da razão. As pessoas idosas têm na espiritualidade a moderação e a maturidade, que os torna mais tolerantes. Necessitamos da inteligência questionadora dos mais jovens, da inteligência madura das pessoas de meia-idade e da inteligência prudente das pessoas idosas. A espiritualidade na velhice dá tom de um envelhecimento tranquilo e saudável, (Filho, s.d.).

O desenvolvimento das ciências da saúde conduziu a uma prática de cuidados de saúde dessacralizada, e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no apoio aos doentes. No entanto esta dimensão integra o conceito de saúde, sendo essencial a uma prática holística de cuidados. A dimensão espiritual é descrita como relevante na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença crónica e como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde, (Pinto *et al.*, 2007)

As relações entre espiritualidade e saúde emergem como área relevante na investigação actual, nas ciências humanas e naturais. Contudo, não se encontra consenso na literatura sobre o conceito de espiritualidade, sendo muitas vezes associado à prática de uma religião. A ignorância sobre os “males” da humanidade levou à divinização do desconhecido, (Pinto *et al.*, 2007).

Fleck *et al.*, (2008) refere que apesar de existirem mais trabalhos científicos sobre a relação da religião/espiritualidade com a saúde do que com a QV, parece que a noção da importância e o envolvimento das questões espirituais no campo do estudo da QV já estão melhor estabelecidos do que no campo teórico/prático da saúde. Dessa forma, acredita-se que QV possa tornar-se um mediador/facilitador entre a saúde e as questões religiosas/espirituais.

## 5.OBJECTIVOS

O principal objectivo deste estudo é caracterizar a qualidade de vida e espiritualidade de idosos (com 75 anos ou mais) internados na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença do Hospital José Luciano de Castro (UCCC do HJLC), identificando os ganhos decorrentes do internamento. Mais especificamente neste estudo analisa-se: a qualidade de vida dos idosos na entrada e saída do internamento; o perfil espiritual e a sua relação com a qualidade de vida; e, a patologia dominante e sua relação com a qualidade de vida. Este estudo é relevante para: identificar o impacto decorrente do internamento destes utentes neste novo modelo de unidades, identificando os ganhos em saúde promovidos pela equipe multidisciplinar.

## 6. METODOLOGIA

Este estudo exploratório é do tipo quantitativo, descritivo e correlacional, baseado em elementos recolhidos através de inquéritos, visando identificar as variáveis intervenientes e a sua relação. Segundo Fortin (1999), a investigação quantitativa é aquela cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a variação da independente. No estudo o investigador tenta explorar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objectivo deste tipo de estudo é a análise de factores associados a um fenómeno.

### 6.1. INSTRUMENTOS

A recolha de dados decorreu com base num inquérito (Anexo I) constituído por: versão portuguesa do EASYCare (*Elderly Assessment System*, Sousa *et al.*, 2009); Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais Ribeiro, 2007); um breve questionário para identificar a causa de internamento/diagnóstico principal.

Os instrumentos foram submetidos a um pré-teste junto de 3 utentes de modo a verificar a sua aplicabilidade junto da população alvo e garantir níveis de fiabilidade ajustados ao estudo. Os utentes intervenientes no pré-teste não fizeram parte do grupo de estudo, tendo sido realizados os devidos agradecimentos. O inquérito demonstrou ser adequado e não necessitar de alterações.

#### **6.1.1. EASYcare: Sistema de Avaliação de Idosos**

O instrumento utilizado é a versão portuguesa do EASYcare-2009 (Elderly Assessment System, Sistema de Avaliação de Idosos, Sousa, Figueiredo & Guerra, 2009) desenvolvido com o objectivo de caracterizar a qualidade de vida percebida e bem-estar desta população.

O EASYcare avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (ser capaz ...), não indicando as competências (saber-fazer). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos a nível social e de saúde. A construção da escala realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas dimensões consideradas pertinentes, designadamente: *Índice de BARTHEL*, *SF-36 Health Survey*, *Geriatric Depression Scale*. Destes instrumentos foram retirados os itens mais discriminatórios e reunidos numa escala de avaliação multidimensional (Sousa e Figueiredo, 2000). A inovação do EASYcare centra-se em integrar numa só escala itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso. O EASYcare é um sistema de avaliação das necessidades de pessoas idosas com mais de 64 anos, desenvolvido a nível Europeu.

A primeira versão (1999-2002) foi validada para a população Portuguesa e em 2008 a Universidade de Sheffield lançou a versão EASYcare 2009, integrando as alterações resultantes da investigação e prática com a versão 1999-2002. Esta versão também já foi validada linguística e culturalmente para a população Portuguesa. O EASYcare responde a algumas recomendações da literatura: uso de avaliações simples, individuais, compreensivas e multidimensionais de forma a facilitarem respostas individualizadas; e preparação dos sistemas de apoio, que ao conhecerem com antecedência e de forma uniformizada as necessidades das pessoas idosas, possa dar respostas organizacionais.

A versão 2009 inclui: o EASYcare Standard e o EASYcare Supporting Instruments. O EASYcare Standard é um instrumento baseado na evidência que permite aos profissionais, às pessoas idosas e aos seus cuidadores informais registar informação sobre áreas que podem ter impacto na independência, saúde e bem-estar da pessoa idosa. Essas áreas são: aspectos sensoriais; auto-cuidado; mobilidade; segurança; habitação; situação económica; saúde; saúde mental e bem-estar; cuidados familiares. O EASYcare Supporting Instruments é utilizado para providenciar dados adicionais sempre que o profissional considere necessário, inclui: informação sobre os cuidadores informais, medicamentos; indicador de risco de quedas, risco de quebra nos cuidados. Este instrumento é um meio eficaz de avaliar a qualidade de vida, bem-estar e necessidades das pessoas idosas, ao mesmo tempo que as capacita envolvendo-as na definição das suas necessidades e prioridades. Para além disso, ajuda os profissionais a melhorar os cuidados que prestam ao idoso (Sousa e Figueiredo, 2000).

Para o EASYcare foi concebido um sistema de pontuação em que valores para cada item foram acordados através da combinação de pontos de vistas de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à sua importância relativa. Pode-se obter uma pontuação máxima de 144 e mínima de 4, em que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade e menor qualidade de vida percebida (não apresenta pontos de corte). Esta escala pretende ajudar os profissionais a melhorar os cuidados que prestam ao idoso. Todavia os dados obtidos podem, ainda, ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas. (Sousa *et al.*, 2009).

### **6.1.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade**

A literatura indica que as crenças espirituais e/ou religiosas (isto é, a fé), mesmo que não associada a uma entidade divina ou a uma religião específica, fornecem mecanismos de adaptação a eventos stressantes como uma doença grave. Face à adversidade muitas pessoas saem reforçadas e crescem com a provação, dando um novo sentido à vida,

estabelecendo novas prioridades e tornando-se mais capazes de enfrentar situações futuras adversas.

Os autores construíram a escala a partir de um projecto de investigação em que se identificaram variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro (Pinto e Pais Ribeiro, 2007). Os itens da escala resultam da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life – Câncer survivor QOL – CS*, um dos instrumentos utilizados na investigação desenvolvida pelos autores, e da sub-escala da espiritualidade do instrumento WHOQOL e também de dados clínicos resultantes do contacto e/ou entrevistas com pessoas que tiveram cancro (Pinto e Pais Ribeiro, 2007).

Esta escala de Espiritualidade, (Anexo I) inclui cinco itens que devem ser respondidos numa escala de Likert de 4 pontos: 1- não concordo, 2 – concordo um pouco, 3 – concordo bastante, 4 – concordo plenamente. Os autores procuraram construir uma escala simples, pequena e de fácil compreensão, e centraram as questões na dimensão espiritual, atribuição de sentido/significado da vida. Da análise factorial resultaram duas subescalas (Pinto e Pais Ribeiro, 2007): i) crenças (itens 1 e 2), referentes a uma dimensão vertical da espiritualidade; ii) esperança/optimismo (itens 3, 4, 5), relativos a uma dimensão horizontal da espiritualidade. Valores mais elevados na escala global e subescalas indicam maior concordância com a dimensão avaliada (Pinto e Pais Ribeiro, 2007). Quanto maior a média obtida em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. (Pinto e Pais Ribeiro, 2007)

## 6.2. AMOSTRA

A amostra deste estudo foi seleccionada através do método não probabilístico de tipo accidental e obedecendo aos critérios de inclusão: idade superior ou igual a 75 anos, discurso coerente e orientação no espaço e no tempo, capacidade de expressar opiniões e estar internado na Unidade de Cuidados Continuados Convalescentes do Hospital José Luciano de Castro, Anadia.

### 6.3. PROCEDIMENTOS

Num primeiro momento foi solicitada autorização formal à instituição para realização do estudo, a qual foi concedida. Em seguida, o autor que é enfermeiro na referida instituição contactava os participantes, tão próximo quanto possível do momento de admissão. O dia de admissão era evitado, pois é sempre um momento em que o participante é sujeito a inúmeras questões, decorrentes do processo de integração na unidade e tem de se adaptar ao novo espaço, tentar assimilar alguns dos procedimentos e conhecer os profissionais. É neste primeiro dia que se estabelece o contacto inicial com os familiares ou pessoas de referência do participante, para programar as reuniões futuras, que fazem parte do plano de recuperação do mesmo. Assim, o questionário foi aplicado ao terceiro ou quarto dia de permanência na unidade. Foi explicado aos participantes o objectivo do estudo, colaboração solicitada, (explicando que a aplicação dos questionários decorria neste momento de admissão e aquando da alta), e garantida a confidencialidade dos dados. Todos os participantes contactados aceitaram, tendo dado o seu consentimento livre e informado (Anexo II). A aplicação do inquérito do momento de admissão decorria de seguida. A aplicação do inquérito no segundo momento (pré alta) era combinada com o participante na semana, após a reunião multidisciplinar em que era decidida a alta.

A recolha dos dados ocorreu entre Outubro de 2009 e Janeiro de 2010, foram contactados todas as pessoas que cumpriam os critérios de inclusão e foram admitidas nesse período. A aplicação de cada inquérito demorou em média cerca de 30 minutos.

O questionário era preenchido por entrevista realizada pelo autor, na Unidade de Convalescença do HJLC Anadia, recorrendo ainda à consulta do processo clínico para obter a causa de internamento/diagnóstico.

### 6.4. CARACTERIZAÇÃO

A amostra compreende 25 participantes, 56% do sexo feminino, tendo 84% residência em zona rural justificado pela localização da unidade (Anadia localiza-se no centro do país, sendo o centro administrativo e comercial de uma fértil área agrícola situada na região da Bairrada).



A idade média dos inquiridos é de 82,48 anos, variando entre 75 e 92 anos. Estas pessoas frequentaram a escolaridade formal uma média de 3,2 anos (equivalente à 3ª classe, que durante algum tempo constituiu a escolaridade obrigatória em Portugal), variando entre 0 (nunca frequentaram a escola e são analfabetos) e 17 (equivale a uma licenciatura). Quanto ao estado civil verifica-se que 48% dos idosos são casados, havendo 44% de viúvos. Relativamente à questão com quem vivem, verifica-se que: 40% vive em casal, 40% vivem em família alargada e 16% vivem sozinhos.

Da análise da Tabela 1 constatamos que o AVC e os *outros diagnósticos* são a principal causa de internamento (28% em cada situação); 20% dos inquiridos sofreram *fractura do fémur*, patologia comum em idosos; 36% dos participantes apresentam patologias do foro ortopédico/traumático. Para facilitar o estudo, foram associados em *outros diagnósticos*, os seguintes diagnósticos/causas de internamento: tromboembolia pulmonar, insuficiência renal, amputação, escaras, neoplasia gástrica, neoplasia pancreática e broncopneumonia, por se terem observado uma só vez.

Tabela 1. Causa de Internamento/Diagnóstico Principal

Causa de Internamento/Diagnóstico Principal	n	%
1-AVC (Acidente Vascular Cerebral)	7	28
2-Fractura do Fémur	5	20
3-Fractura da Coluna	2	8
4-TCE (Traumatismo crânio-encefálico)	2	8
5-IC (Insuficiência Cardíaca)	2	8
6- Outros diagnósticos	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

## 6.5. ANÁLISE DE DADOS

O procedimento para a análise dos dados envolveu a estatística descritiva, correlacional e inferencial através do programa SPSS versão 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

## 7. RESULTADOS

### 7.1. QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA

Passamos a analisar os dados resultantes do EASYcare, abordando cada uma das áreas de avaliação do instrumento e comparando o momento de admissão e o momento da alta.

#### *Visão, audição e comunicação*

Relativamente à área “visão, audição e comunicação” (Tabela 2) verifica-se que não há qualquer alteração do momento 1 (admissão) para o momento 2 (alta). Ou seja, nesta área os participantes não modificam a sua situação através da intervenção realizada na unidade.

Tabela 2. Visão, Audição e Comunicação.

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Consegue ver?</b>				
Sim	22	88	22	88
Com dificuldade	3	12	3	12
Não consegue ver nada	0	-	0	-
<b>Consegue ouvir?</b>				
Sim	21	84	21	84
Com dificuldade	4	16	4	16
Não ouve nada	0	-	-	0
<b>Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?</b>				
Não tem dificuldade	18	72	18	72
Dificuldades com algumas pessoas	2	8	2	8
Dificuldade considerável	5	20	5	20
<b>Consegue utilizar o telefone?</b>				
Sem ajuda	9	36	9	36
Com alguma ajuda	5	20	5	20
Não consegue utilizar o telefone	11	44	11	44
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Os resultados indicam que: ao nível da visão, 88% referiam ver sem dificuldade, 12% via com alguma dificuldade (nenhum participante referia “não ver nada”); em termos de audição, 84% ouvia sem dificuldade e 16% ouvia com alguma dificuldade (nenhum participante referiu “não ouvir nada”); quanto à comunicação, 72% não tinha dificuldade, 8% tinha alguma dificuldade e 20% tinha dificuldade considerável; sobre a utilização do telefone, 36% usava sem dificuldade, 20% com alguma dificuldade e 44% não o conseguia utilizar. As principais dificuldades dos participantes situavam-se na comunicação verbal e na utilização do telefone.

### ***Cuidar de si***

Relativamente à percepção dos participantes sobre o auto-cuidado verifica-se uma evolução entre o momento 1 (admissão) e o momento 2 (alta) nas seguintes actividades (Tabela 3): cuidar da sua aparência pessoal (1 participante que precisava de ajuda no momento 1, passa a conseguir sem ajuda, no momento 2); vestir-se (1 participante que não conseguia vestir-se passa a conseguir com ajuda, 2 que se vestiam com ajuda passam a fazê-lo sem ajuda); lavar as mãos e a cara (1 participante que precisava de ajuda passa a fazê-lo sem ajuda); utilizar a banheira ou duche (2 participantes que precisavam de ajuda passam a não precisar); preparação das refeições (1 participante que precisava de alguma ajuda passa a sentir que o faz sem ajuda); alimentar-se (2 participantes que precisavam de ajuda passam a conseguir sem ajuda); tomar medicamentos (2 sujeitos que precisavam de ajuda passam a não necessitar de ajuda); incontinência urinária (1 participante com acidentes frequentes passa a ter acidentes ocasionais e 3 com acidentes ocasionais passam a não ter problemas); incontinência fecal (1 participante com acidentes frequentes passa a ter acidentes ocasionais e, 2 com acidentes ocasionais passam a não ter problemas); usar a sanita (3 pessoas que não conseguiam passar a conseguir com alguma ajuda e 3 que precisavam de ajuda passam a conseguir usar a sanita sem ajuda). Não se verificam alterações, do momento da admissão para o momento da alta, nas seguintes áreas: fazer tarefas domésticas, problemas com a boca ou dentes e problemas de pele.

Tabela 3. Cuidar de Si

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Consegue cuidar da sua aparência pessoal?</b>				
Sem ajuda	9	36	10	40
Precisa de ajuda	16	64	15	60
<b>Consegue vestir-se?</b>				
Sem ajuda	5	20	7	28
Com alguma ajuda	10	40	9	36
Não consegue vestir-se	10	40	9	36
<b>Consegue lavar as mãos e a cara?</b>				
Sem ajuda	9	36	10	40
Precisa de ajuda	16	64	15	60
<b>Consegue utilizar a banheira ou duche?</b>				
Sem ajuda	2	8	4	16
Precisa de ajuda	23	92	21	84
<b>Consegue fazer as suas tarefas domésticas?</b>				
Sem ajuda	3	12	3	12
Com alguma ajuda	8	32	8	32
Não consegue	14	56	14	56
<b>Consegue preparar as suas refeições?</b>				
Sem ajuda	3	12	4	16
Com alguma ajuda	6	24	5	20
Não consegue	16	64	16	64
<b>Consegue alimentar-se?</b>				
Sem ajuda	16	64	18	72
Com alguma ajuda	7	28	5	20
Não consegue alimentar-se	2	8	2	8
<b>Tem algum problema com a sua boca ou dentes?</b>				
Não	22	88	22	88
Sim	3	12	3	12
<b>Consegue tomar os seus medicamentos?</b>				
Sem ajuda	7	28	9	36
Com alguma ajuda	10	40	8	32
Não consegue	8	32	8	32
<b>Já teve problemas com a sua pele?</b>				
Não	23	92	23	92
Sim	2	8	2	8
<b>Tem acidentes com a sua bexiga?</b>				
Não tem acidentes	10	40	13	52
Tem acidentes ocasionais	11	44	9	36
Acidentes frequentes	4	16	3	12
<b>Tem acidentes com os seus intestinos?</b>				
Não tem acidentes	15	60	17	68
Tem acidentes ocasionais	7	28	6	24
Acidentes frequentes	3	12	2	8
<b>Consegue utilizar a sanita?</b>				
Sem ajuda	3	12	6	24
Com alguma ajuda	14	56	14	56
Não consegue	8	32	5	20
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

As áreas em que os participantes percebiam mais dificuldades foram: usar a banheira ou duche, em que 92% (admissão) e 84% (alta) precisavam de ajuda; cuidar da aparência pessoal, em que 64% (admissão) e 60% (alta) precisavam de ajuda; preparar as refeições, nas quais 64% (em ambos os momentos) não conseguia. As actividades que os participantes mais conseguem sem qualquer ajuda são: alimentar-se (64% na admissão e 72% na alta). Registe-se ainda que 88% referia não ter qualquer problema com a boca ou dentes e 92% referia não ter qualquer problema de pele.

### ***Mobilidade***

Relativamente à percepção da mobilidade, os resultados revelam alterações favoráveis entre o momento 1 (admissão) e o momento 2 (alta) nas seguintes actividades (Tabela 4): deslocar-se da cama para a cadeira (1 participante que não conseguia na admissão, passa a conseguir com ajuda no momento da alta e, 4 que precisavam de ajuda passam a conseguir sem ajuda); deslocar-se dentro de casa (2 que precisavam de ajuda passam a não necessitar de ajuda, embora usem a cadeira de rodas e 3 passam a conseguir sem ajuda); subir e descer escadas (1 participante que não conseguia passa a conseguir com alguma ajuda e 1 que precisava de alguma ajuda passa a ser capaz sem ajuda); andar no exterior (14 participantes conseguia-o sem ajuda ou com alguma ajuda no momento da admissão, contra 11 que não o conseguia fazer; no momento da alta desceu para 13 o número de participantes que o fazia sem ajuda ou com alguma ajuda, contra 12 que não o conseguia fazer); ir às compras (1 que não conseguia, passa a conseguir com ajuda e, 2 que precisavam de ajuda passam a conseguir sem ajuda); deslocação a serviços públicos (1 que não conseguia passa conseguir com alguma ajuda e 2 que precisavam de ajuda passam a conseguir sem ajuda).

Refira-se que 100% dos inquiridos refere não ter problemas com os pés e apenas 8% refere-se ter caído 2 ou mais vezes no último ano. Há ainda a salientar que 20% dos inquiridos estão acamados e não há alteração dessa situação. As áreas com mais dificuldades são subir e descer escadas, em que 68% na admissão e 64% na alta não consegue; deslocar-se aos serviços públicos, em que 56% na admissão e 52% na alta não consegue.

Tabela 4. Mobilidade

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Consegue deslocar-se da cama para a cadeira se um ao lado do outro?</b>				
Sem ajuda	3	12	7	28
Com alguma ajuda	14	56	11	44
Não consegue	8	32	7	28
<b>Tem problemas com os pés?</b>				
Não	25	100	25	100
Sim	0	-	0	-
<b>Consegue deslocar-se dentro de casa?</b>				
Sem ajuda	4	16	7	28
Numa cadeira de rodas sem ajuda	4	16	3	12
Com alguma ajuda	12	48	10	40
Acamado	5	20	5	20
<b>Consegue subir e descer escadas?</b>				
Sem ajuda	2	8	3	12
Com alguma ajuda	6	24	6	24
Não consegue subir e descer escadas	17	68	16	64
<b>Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?</b>				
Não	20	80	20	80
Uma vez	3	12	3	12
Duas ou mais vezes	2	8	2	8
<b>Consegue andar no exterior?</b>				
Sem ajuda	3	12	5	20
Com alguma ajuda	11	44	8	32
Não consegue andar no exterior	11	44	12	48
<b>Consegue ir às compras?</b>				
Sem ajuda	3	12	5	20
Com alguma ajuda	8	32	7	28
Não consegue	14	56	13	52
<b>Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos?</b>				
Não tem dificuldade	2	8	4	16
Com alguma ajuda	9	36	8	32
Não consegue	14	56	13	52
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

### **Segurança**

Na área da segurança (Tabela 5) não há alterações entre os momentos de inquirição, o que se justifica por ser um momento de permanência em internamento, em que não há confronto com interações sociais. Os dados indicam que: 100% dos inquiridos se sentem seguros em casa e nunca se sentiram discriminados; 20% sente-se inseguro fora de casa; 16% já alguma vez se sentiram assediados ou ameaçado; 1 inquirido não tem ninguém que o possa ajudar em caso de urgência.

Tabela 5. Segurança

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Sente-se seguro dentro de casa?</b>				
Sim	25	100	25	100
Não	0	-	0	0
<b>Sente-se seguro fora de casa?</b>				
Sim	20	80	20	80
Não	5	20	5	20
<b>Já alguma vez se sentiu ameaçado ou assediado por alguém?</b>				
Não	21	84	21	84
Sim	4	16	4	16
<b>Sente-se discriminado por alguma razão?</b>				
Não	25	100	25	100
Sim	0	-	0	-
<b>Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?</b>				
Sim	24	96	24	96
Não	1	4	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

### **Local de Residência e Finanças**

A comparação entre o momento de admissão e o momento da alta em termos de residência e finanças regista as seguintes alterações (Tabela 6): gerir assuntos financeiros (1 participante que não conseguia passa a conseguir); aconselhamento sobre benefícios

(1 participante que não queria informação passa a querer). Os dados indicam que todos os inquiridos estão satisfeitos com a sua habitação. Os dados indicam que 56% dos inquiridos na admissão e 52% na alta não conseguem gerir os seus assuntos financeiros, o que revela alguma fragilidade financeira, caso não exista alguém de confiança para tratar destes assuntos. Verifica-se que 56% dos participantes na admissão e 52% na alta não querem informação sobre benefícios, o que parece ser uma situação de manifestação de passividade e desinteresse em usufruir dos seus direitos.

Tabela 6. Local de Residência e Finanças

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>De uma forma geral está satisfeito com a sua residência?</b>				
<b>Sim</b>	25	100	25	100
<b>Não</b>	0	-	0	-
<b>Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?</b>				
<b>Sim</b>	11	44	12	48
<b>Não</b>	14	56	13	52
<b>Gostaria de obter aconselhamento sobre subsídios ou benefícios?</b>				
<b>Não</b>	14	56	13	52
<b>Sim</b>	11	44	12	48
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

### ***Manter-se Saudável***

Na área de “manter-se saudável” (Tabela 7), apenas há alterações do momento de admissão para o momento de alta em um aspecto: falta de ar em actividades normais (1 participante que sentia passa a não sentir). Nas outras áreas não há alterações, o que se justifica por serem tópicos relacionados com estilos de vida, que durante um internamento não sofrem alterações, pois a pessoa está confinada a um espaço.

Verifica-se que 100% dos inquiridos faz exercício regularmente, não bebe bebidas alcoólicas e verifica a sua tensão arterial. Apenas 16% dos inquiridos não tem preocupação com peso; 76% preocupa-se com a perda de peso e 8% com o excesso de peso.



Tabela 7. Manter-se Saudável

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Faz exercício regularmente?</b>				
Sim	25	100	25	100
Não	0	-	0	-
<b>Fica com falta de ar durante as actividades normais?</b>				
Não	21	84	22	88
Sim	4	16	3	12
<b>Fuma tabaco?</b>				
Não	24	96	24	96
Sim	1	4	1	4
<b>Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?</b>				
Não	25	100	25	100
Sim	0	-	0	-
<b>A sua tensão arterial foi verificada recentemente?</b>				
Sim	25	100	25	100
Não	0	-	0	-
<b>Tem alguma preocupação com o seu peso?</b>				
Não tem preocupações	4	16	4	16
Com perda de peso	19	76	19	76
Com excesso de peso	2	8	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

### ***Saúde Mental e Bem-Estar***

Da análise do quadro 8 constatamos que tanto no momento 1 como no momento 2, 56% inquiridos referem realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades importantes para si, contra os 44% dos utentes que não o consegue realizar. Quanto à percepção de saúde, ninguém refere (nos dois momentos) ter uma saúde excelente, no entanto, no momento 1 a maioria (56%) refere ter uma saúde razoável e 28% referem terem uma boa saúde. No momento 2, 44% referem ter uma saúde razoável enquanto 40% referem ter uma saúde boa, e 4%, correspondente a um participante refere ter uma saúde muito boa. Provavelmente os ganhos em saúde, maior autonomia e independência determinam uma percepção de saúde mais favorável no momento 2. Referem em ambos os momentos que, por vezes, se sentem sozinhos (64%). No entanto, e apesar do processo de

internamento, 76%, continua a perceber que se sente sozinho por vezes ou muitas vezes. 72% referem que não perderam recentemente alguém próximo.

Os problemas de sono atingem um elevado número de participantes na admissão (84%); na alta esse valor desce ligeiramente (80%).

Quanto às dores corporais, no momento 1 a maioria (60%) refere ter tido dores moderadas, no momento 2 a maioria (64%) refere ter tido dores suaves e 28% referiu ter tido dores moderadas. A nível das unidades de saúde a dor passou a ser integrada como o quinto sinal vital, a sua monitorização e controle é feita por rotina, daí esta evolução favorável no sentido da melhor qualidade de vida durante o internamento.

Nas questões relacionadas com o humor, na pergunta sobre sentir-se incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado, verifica-se: no momento 1 a maioria (64%) referiu que não; no momento 2 a resposta subiu para os 76%. No entanto no momento da admissão percebe-se haver ainda uma falta de laços com a equipe multidisciplinar que rodeia o participante, bem diferente do momento 2 em que há uma forte relação com os cuidadores, e um envolvimento maior da família ou pessoas significativas do participante. No entanto, temos de realçar o facto dos utentes em geral se sentirem mais deprimidos no período que antecede a alta (principalmente na última semana), receosos quanto ao futuro em outras unidades de cuidados (média ou longa duração), ou relativamente à expectativa quanto ao regresso ao domicílio. Sobre sentir-se no último mês incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas, 64% referiu que não no momento 1, enquanto 72% referiu não no momento 2; isto denota uma evolução favorável em termos de saúde mental. Quanto às preocupações com perdas de memória, a maioria (56%) tem preocupações no momento 1, enquanto no momento 2 este valor desce para 52%, ou seja, há alteração na resposta de 1 entrevistado.

Tabela 8. Saúde Mental e Bem-Estar

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras importantes para si?</b>				
Sim	14	56	14	56
Não	11	44	11	44
<b>De uma forma geral diria que a sua saúde é?</b>				
Excelente	0	-	0	-
Muito boa	0	-	1	4
Boa	7	28	10	40
Razoável	14	56	11	44
Fraca	4	16	3	12
<b>Sente-se sozinho?</b>				
Nunca	6	24	6	24
Por vezes	16	64	16	64
Muitas vezes	3	12	3	12
<b>Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?</b>				
Não	18	72	18	72
Sim	7	28	7	28
<b>O mês passado teve alguns problemas em dormir?</b>				
Não	4	16	5	20
Sim	21	84	20	80
<b>No mês passado teve dores corporais?</b>				
Não	1	4	0	-
Muito suaves	1	4	2	8
Suaves	5	20	16	64
Moderadas	15	60	7	28
Fortes	3	12	0	-
<b>No último mês sentiu-se incomodado por estar em baixo, deprimido ou desesperado?</b>				
Não	16	64	19	76
Sim	9	36	6	24
<b>No último mês sentiu-se incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?</b>				
Não	16	64	18	72
Sim	9	36	7	28
<b>Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimento?</b>				
Não	14	56	13	52
Sim	11	44	12	48
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

### **Administração de Medicação**

A grande evidência da análise da Tabela 9 é não haver alterações entre o momento 1 e o momento 2: 68% refere não precisar de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos, 96% toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações

do médico, mas só 52% consegue tirar os medicamentos das embalagens e, por isso, vai precisar do apoio de um cuidador. De notar que 12% dos inquiridos pensa que os medicamentos que toma podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente.

Tabela 9. Administração de Medicação

	Momento 1. Admissão		Momento 2. Alta	
	n	%	n	%
<b>Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?</b>				
Sim	8	32	8	32
Não	17	68	17	68
<b>Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?</b>				
Sim	24	96	24	96
Não	1	4	1	4
<b>Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?</b>				
Sim	13	52	13	52
Não	12	48	12	48
<b>Pensa que alguns dos medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?</b>				
Sim	3	12	3	12
Não	22	88	22	88
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

### ***Comparação entre momento admissão e momento da alta***

Da análise da Tabela 10 em que comparamos através do Teste Z de Wilcoxon os resultados no momento de admissão com o momento da alta, verificam-se diferenças estatisticamente significativa nas seguintes áreas: *cuidar de si, mobilidade, pontuação de independência e score total do Easycare*. Nestas áreas a diferença é sempre no sentido de melhor qualidade de vida e/ou menor incapacidade; esta é aliás a tendência geral, mesmo quando as diferenças não são significativas. Contudo há três áreas em que não se verifica qualquer alteração: segurança, saúde mental e administração da medicação.

Tabela 10. Easycare: teste de comparação entre momento de admissão e alta

Easycare	Momento de admissão		Momento de alta		Comparação médias (Teste Z Wilcoxon)	
	M	DP	M	DP	Z	p
Visão	0,67	0,61	0,66	0,61	-1,00	0,317
Cuidar de si	2,51	1,30	2,23	1,43	-3,062	0,002*
Mobilidade	3,01	1,26	2,72	1,52	-2,120	0,034**
Segurança	0,40	0,76	0,40	0,76	-	-
Residência	1,12	1,01	1,04	1,02	-1,00	0,317
Manter-se saudável	0,17	0,11	0,16	1,12	-1,00	0,317
Saúde mental	10,24	2,74	10,24	2,74	-	-
Administração medicação	0,33	0,28	0,33	0,28	-	-
Independência	59,72	28,19	53,60	32,25	-2,763	0,006*
Total Easycare	2,31	0,78	2,22	0,85	-2,831	0,005*

\* Significativo para  $p < 0,01$  \*\* Significativo para  $p < 0,05$  - Omitidos valores constantes

Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman para identificar relação entre idade e anos de escolaridade e o score global do Easycare não se observou nenhuma correlação significativa para os momentos da admissão e alta (tabela 11).

Tabela 11. Easycare, idade e anos de educação formal: correlações

Variáveis	Easycare: Momento 1- Admissão	Easycare: Momento 2- Alta
	Rho de Spearman	Rho de Spearman
Idade	0,239	0,262
Anos de educação formal	-0,053	-0,179

\* Significativo para  $p < 0,05$  \*\* Significativo para  $p < 0,01$

Utilizando o teste de Kruskal-Wallis com Easycare, versus estado civil, não se observaram relações significativa para os momentos da admissão e alta podendo concluir-se que o estado civil não influencia os resultados obtidos no Easycare (Tabela 12).

Tabela 12. Easycare e estado civil

Teste de Kruskal-Wallis	n	Média de Posto	$\chi^2$	p≤0.05
<b>Easycare Admissão</b>				
<b>Viúvo</b>	11	14,00	0,389	<b>0,823</b>
<b>Solteiro</b>	2	13,00		
<b>Casado</b>	12	12,08		
<b>Easycare Alta</b>				
<b>Viúvo</b>	11	14,36	0,781	<b>0,677</b>
<b>Solteiro</b>	2	13,50		
<b>Casado</b>	12	11,67		

Utilizando o teste de Mann-Whitney com Easycare, versus variável sexo, não se observaram relações significativas para os momentos da admissão e alta podendo concluir-se que sexo não influencia os resultados obtidos no Easycare. Da mesma forma, analisados os resultados do mesmo teste com Easycare nos momentos da admissão e alta, considerando o local de residência, não se observaram relações significativas, podendo concluir-se que o local de residência não influencia os resultados obtidos no Easycare.

A análise dos resultados no Easycare no momento da alta, considerando o diagnóstico (tabela 13), e aplicado o teste de Kruskal Wallis, sugere que as distribuições são estatisticamente diferentes nas seguintes dimensões: cuidar de si, mobilidade e administração de medicação. Em todas estas dimensões se verifica que a maior incapacidade ocorre no AVC e a menor no TCE; esta tendência ocorre também nas restantes dimensões do Easycare assim como no seu score global, mas os valores não são estatisticamente significativos.

Tabela 13. Dimensões Easycare momento da Alta e diagnóstico/causa de internamento

Easycare	n	Média de Postos	$\chi^2$	p≤0.05
<b>Cuidar de si</b>				
AVC	7	17,43	11,520	<b>0,042</b>
Fratura do Fémur	5	7,80		
Fratura da Coluna	2	8,25		
TCE	2	4,75		
Insuf. Cardíaca	2	8,50		
Outros Diagnósticos	7	17,29		
<b>Mobilidade</b>				
AVC	7	16,43	12,387	<b>0,030</b>
Fratura do Fémur	5	9,20		
Fratura da Coluna	2	8,00		
TCE	2	1,50		
Insuf. Cardíaca	2	9,75		
Outros Diagnósticos	7	17,93		
<b>Medicação</b>				
AVC	7	17,29	11,306	<b>0,046</b>
Fratura do Fémur	5	9,70		
Fratura da Coluna	2	4,50		
TCE	2	4,50		
Insuf. Cardíaca	2	11,00		
Outros Diagnósticos	7	16,50		

## 7.2. PERFIL ESPIRITUAL

Analizamos a consistência interna da escala Espiritualidade, através do alpha de Cronbach (tabela 14). Os valores são aceitáveis considerando o número de itens, número de participantes e os valores limite em psicometria.

Tabela 14. Espiritualidade: alpha de Cronbach

<b>Espiritualidade</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Subescala “crenças”	0,634
Subescala “esperança”	0,756
Escala global	0,773

Analizamos de seguida os dados sobre espiritualidade, resultantes da aplicação da Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais Ribeiro, 2007), abordando cada uma das subescalas e comparando o momento de admissão com o momento da alta.

Na Tabela 15 constatamos haver diferenças estatisticamente significativas entre o momento da admissão e o momento da alta para as subescalas crenças, esperança e escala global espiritualidade. As médias aumentam do primeiro momento de avaliação para o segundo, indicando que aumenta a espiritualidade, a crença e a esperança/optimismo. As médias obtidas são superiores para as crenças, por comparação com a esperança, sugerindo que os inquiridos terão crenças mais fortes do que a esperança que lhe será associada. As médias variam entre 2,68 (esperança no momento de admissão) e 3,60 (crença no momento da alta); estes valores são moderados para a esperança (indicando concordância) e elevados para as crenças (sugerindo muita concordância).

Tabela 15. Escala de espiritualidade: momento de admissão versus alta

<b>(Teste Z Wilcoxon)</b>	<b>Momento de admissão</b>		<b>Momento de alta</b>		<b>Comparação médias</b>	
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Espiritualidade</b>						
Subescala “crenças”	3,36	0,57	3,60	0,48	-2,762	<b>0,006*</b>
Subescala “esperança”	2,68	0,56	2,92	0,68	-2,171	<b>0,030**</b>
Escala global	2,95	0,49	3,19	0,53	-2,803	<b>0,005*</b>

\* Significativo para  $p < 0,01$  \*\* Significativo para  $p < 0,05$



Os dados (tabela 16) mostram uma correlação negativa, moderada e significativa entre crenças e idade (nos momentos da admissão e alta): à medida que aumenta a idade diminuem as crenças. Também é significativa, negativa e moderada a correlação entre a idade e o valor global na escala de espiritualidade no momento da alta indicando que o aumento da idade é acompanhado por diminuição da espiritualidade. Com os anos de escolaridade formal verifica-se uma correlação moderada e significativa, com as crenças no momento da alta, indicando que o aumento da escolaridade se traduz no aumento das crenças. A análise da espiritualidade no momento da admissão e alta considerando o estado civil e aplicado teste de Kruskal-Wallis não apresenta distribuições com diferenças significativas, sugerindo que a espiritualidade e estado civil não se associam.

Da análise dos resultados da espiritualidade no momento de admissão e alta considerando o local de residência, aplicado o teste de Mann-Whitney, não foram apurados valores estatisticamente significativos, sugerindo que espiritualidade e local de residência não se associam.

Tabela 16. Escala de espiritualidade versus idade e escolaridade: correlações

Rho de Spearman	Espiritualidade: Momento 1- Admissão			Espiritualidade: Momento 2- Alta		
	Crenças	Esperança	Global	Crenças	Esperança	Global
<b>Idade</b>	-0,454**	-0,228	-0,334	-0,549*	-0,312	-0,492**
<b>Anos de educação formal</b>	0,383	0,028	0,201	0,412**	0,097	0,241

\*Correlação significativa para  $p < 0,01$  \*\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

Analisados os resultados da espiritualidade no momento de admissão e alta considerando a variável sexo não foram apurados valores estatisticamente significativos, sugerindo que espiritualidade e variável sexo não se associam.

A análise da espiritualidade considerando o diagnóstico não apresenta distribuições com diferenças significativas, sugerindo que a espiritualidade e o diagnóstico não se associam.

### 7.3. ESPIRITUALIDADE VERSUS QUALIDADE DE VIDA

Os dados indicam que a Espiritualidade e o resultado global no Easycare (tabela 17) apresentam correlações significativas no momento da alta (não no momento de admissão). As correlações entre o resultado global da espiritualidade, as subescalas (crenças e esperança) e o score global no Easycare são significativas, negativas e moderadas: sugerindo que na alta maior espiritualidade se associa a valores mais baixos no Easycare (ou seja indicadores de menor incapacidade/maior qualidade de vida).

Tabela 17. Espiritualidade versus Easycare nos momentos de admissão /alta (correlações)

<b>Espiritualidade (Rho de Spearman)</b>	<b>Easycare: Momento 1- Admissão</b>	<b>Easycare: Momento 2- Alta</b>
<b>Total</b>	-0,198	-0,434*
<b>Crenças</b>	-0,240	-0,408*
<b>Esperança</b>	-0,138	-0,413*

\*Significativo para  $p < 0,05$

Analisando as correlações entre as dimensões do Easycare na admissão e a Espiritualidade (tabela 18) verifica-se uma correlação significativa, negativa e moderada entre a visão e as crenças: quanto mais elevada a crença, mais baixo o valor na visão, audição e fala (ou seja, melhor funcionalidade nesta dimensão).

No momento da alta ocorrem mais correlações significativas: i) entre visão, audição e comunicação ocorre uma correlação negativa, significativa e moderada com o total da escala de espiritualidade e a subescala crenças (mais crenças e espiritualidade, maior funcionalidade nessa dimensão); ii) entre cuidar de si e mobilidade com crenças a correlação é negativa, significativa e moderada (mais crenças está associado a maior capacidade de cuidar de si); iii) entre segurança e esperança a correlação é negativa, significativa e moderada (mais esperança associa-se a um sentimento de maior segurança); iv) manter-se saudável e saúde mental correlacionam-se de modo negativo, significativo e moderado com a espiritualidade (total) e esperança (mais espiritualidade e esperança associam-se a melhor saúde mental e desejo de se manter saudável).

Tabela 18. Dimensões do Easycare versus Espiritualidade no momento de admissão e alta: correlação (Rho de Spearman)

Easycare	Admissão			Alta		
	Espiritualidade	Crenças	Esperança	Espiritualidade	Crenças	Esperança
<b>Visão</b>	-0,310	-0,432*	-0,136	-0,414*	-0,499*	-0,312
<b>Cuidar de si</b>	-0,103	-0,249	0,020	-0,221	-0,405*	-0,118
<b>Mobilidade</b>	-0,151	-0,287	-0,032	-0,369	-0,446*	-0,285
<b>Segurança</b>	-0,052	0,099	-0,117	-0,344	0,043	-0,453*
<b>Residência</b>	-0,119	-0,122	-0,091	-0,412*	-0,336	-0,424*
<b>Mant. saudável</b>	-0,123	-0,110	-0,127	-0,474*	-0,350	-0,442*
<b>Saúde mental</b>	-0,265	-0,195	-0,257	-0,400*	-0,234	-0,450*
<b>Adm. medicação</b>	-0,015	-0,164	0,073	-0,303	-0,312	-0,285

\* Significativo para  $p < 0,05$

## 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 8.1. QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO MOMENTO DA ADMISSÃO E ALTA

A amostra deste estudo é constituída por idosos com 75 anos e mais, internados na Unidade de Convalescença do Hospital José Luciano de Castro em Anadia. Os idosos nestas unidades passaram por uma situação de doença aguda e estão em fase de convalescença. A filosofia das unidades de cuidados continuados, estão orientadas para o restabelecimento das funções, actividades ou capacidades alteradas, em consequência de processos patológicos prévios (médicos, cirúrgicos ou traumatológicos), envolvendo aspectos de ordem social e familiar. Passaram a ser um recurso intermédio, entre a alta hospitalar e o regresso ao domicílio. A unidade do Hospital José Luciano de Castro, à semelhança de outras, está vocacionada para a reabilitação de situações agudas nos casos de reagudização de processos crónicos ou, em alternativa, para impedir a degradação de situações de dependência e incapacidade. Articulam-se em rede com os

hospitais de agudos e centros de saúde de referência, assim como com outros serviços de cuidados continuados para assegurar a continuidade de cuidados aos utentes.

A perda de função é nas pessoas idosas a principal manifestação de doença, podendo ocorrer no aparelho locomotor (fracturas) ou a partir de doenças sistémicas (demências ou insuficiência cardíaca) (Lage, 2005). Esta perda de função detecta-se pela perda de autonomia e pelo surgir de dependência, que progressivamente vão limitando o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas (Lage, 2005). As pessoas idosas debatem-se, muitas vezes, com diversos problemas de saúde crónicos, que os limitam na vida quotidiana.

Os dados recolhidos através do Easycare permitiram avaliar a qualidade de vida e incapacidade percebidas pelos idosos, comparando o momento de admissão com o momento de alta (envolve um intervalo de cerca de 30 dias). Esta comparação permitiu identificar áreas em que houve progressos dos utentes idosos (75 anos ou mais), tendo-se destacado as dimensões: cuidar de si, mobilidade, pontuação de independência e pontuação total no Easycare. Constatamos, no nosso estudo, tendo em conta as várias dimensões do Easycare, relacionado com o diagnóstico/causa de internamento, maior incapacidade no AVC e menor no TCE. De acordo com a literatura, 95% dos casos de TCE, são lesões leves que recuperam em cerca de 3-6 meses, dependendo da gravidade e do local atingido, já o AVC, a consequência física mais comum é a hemiplegia, definida como paralisia completa dos membros superiores e inferiores do mesmo lado. Outras sequelas dos acidentes vasculares podem ser problemas de percepção, cognição, sensoriais e de comunicação, assim, torna-se necessário um programa integrado de intervenção, tentando evitar as complicações secundárias, maximizando todo o potencial existente.

Decorrente da filosofia da Rede Nacional de Cuidados Integrados, o cuidado centrado na medicalização passou a ser substituído pela ênfase na pessoa, ou seja focando a visão integral e não apenas a doença. O espaço físico das unidades é construído como dinamizador e potenciador da independência dos utentes. Existe uma preocupação em direccionar o ambiente do cuidado para a reabilitação, reinserção, no entanto a dimensão do ambiente terapêutico ideal constrói-se lentamente.

O estado funcional do utente é medido em duas grandes áreas: as actividades da vida diária (AVDs) e actividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A primeira refere-se às actividades relacionadas com o cuidado pessoal, tais como capacidade de vestir-se, ir à

casa de banho, alimentar-se, movimentar-se, tomar banho, ter controle de esfíncteres, de vestir-se, de comunicação e de mobilidade. As AIVDs englobam actividades funcionais mais complexas, referem-se à capacidade/potencialidade para realizar compras, cozinhar e preparar alimentos, telefonar, tomar medicamentos, usar transporte, realizar a limpeza da casa, controlar finanças. O número e os tipos de deficits identificados irão contribuir para realizar o plano de cuidados multiprofissional de intervenção. Na prática destas unidades a avaliação do desempenho e capacidade dos idosos para a realização das AVDs e AIVDs, é realizada através das escalas de Katz e Lawton.

A deterioração gradual da saúde e o aumento da probabilidade de sofrer de doenças e incapacidades, que exigem mais cuidados sociais e de saúde, tem contribuído para reforçar a imagem do idoso como doente. Reforça-se o idadismo (discriminação com base na idade) que se caracteriza por suscitar uma atitude negativa, que afecta o comportamento em relação aos mais velhos. Esta discriminação pode contribuir para que os idosos se vejam de acordo com a imagem social, isto é, incompetentes e incapazes. O estereótipo mais enraizado acerca da velhice, é o de que a pessoa idosa tem comportamentos conservadores, inflexíveis e rígidos, tendo dificuldades em mudar de comportamento, o que parece não ser confirmado nos estudos sobre a personalidade dos idosos (Lima, 1999 citado por Dinis, 2006). A evolução demonstrada por estas pessoas nas unidades de cuidados continuados mostra capacidade de recuperação, desde que devidamente acompanhados.

A saúde no idoso associa-se à capacidade de adaptação, de superação de crises e incapacidades e de manutenção de autonomia, baseada na evolução do estado funcional (Cabete, 2004 citado por Dinis 2006). No Easycare, a dimensão “cuidar de si” é relevante pela associação a independência, que tem sido definida como a condição de quem recorre aos seus meios para a satisfação das suas necessidades (Sousa *et al.*, 2004). A dependência é encarada como incapacidade do indivíduo para se bastar, necessitando da ajuda de outros para alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades. Já a autonomia será o comportamento do indivíduo como autor das suas decisões, regras e escolhas. Durante o processo de internamento o utente é envolvido num processo terapêutico em que uma equipe multi-profissional planeia, desenvolve actividades e avalia resultados. Além do doente é também envolvida a sua família para maximizar a autonomia e/ou independência. Os resultados sugerem que alguns inquiridos ganham

independência para cuidar de si durante o período de internamento, por exemplo: nos cuidados de aparência e lavar as mãos e a cara.

Na dimensão “mobilidade” observou-se uma evolução favorável entre a admissão e a alta. As limitações na capacidade funcional comprometem a qualidade de vida (Kim *et al.*, 1999; Lau & McKenna, 2001, citados por Martins 2006); aliás este mesmo resultado emerge neste estudo. Apesar dos ganhos em mobilidade muitos dos participantes mantêm-se dependentes no momento da alta, sendo necessário implementar estratégias concertadas com família e/ou cuidadores para adequar o domicílio às circunstâncias da pessoa que retorna a casa. Por exemplo, no momento da admissão 68% dos utentes não conseguia subir nem descer escadas, este valor desce para 64% na alta, mantendo-se elevado. De facto, um mês é um período curto para efectuar um treino dirigido no sentido de potenciar o utente a ultrapassar os obstáculos quotidianos, nomeadamente subir e descer escadas. Contudo, subir e descer escadas pode fazer a diferença entre sair ou não de casa, embora haja que considerar que apenas alguns utentes apresentam potencial para o (vir a) fazer. Daí a importância fulcral de conhecer o participante e a sua família, incluindo aspectos sociais e condições habitacionais, fundamentais para o processo de recuperação e preparação para a alta.

A pontuação de independência e o total do Easycare traduzem um aumento da qualidade de vida entre o momento da admissão e alta. Estas alterações ocorrem, de acordo com o estudo, na sequência das melhorias no âmbito da mobilidade e cuidar de si.

Contudo, outros dados merecem relevo no sentido de melhorar a prestação dos cuidados nesta unidade de cuidados.

Na dimensão “visão, audição e comunicação” verifica-se que 44% dos inquiridos não consegue utilizar o telefone e 20% só o consegue com ajuda; ou seja, 64% de participantes precisam de uma reavaliação no momento da alta para se perspectivar o apoio social e familiar, já que uso do telefone pode ser fundamental em situações de emergência. Paralelamente, os profissionais na unidade poderão incluir o uso do telefone como uma actividade a promover sempre que se justifique.

Deslocar-se aos serviços públicos é problemático para 56% dos utentes na admissão e 52% na alta, pois precisam de apoio. Assim, como precisam de continuidade de cuidados (na sua maior parte) terá de se ponderar o acompanhamento domiciliário em articulação

com os familiares e/ou cuidadores. Por isso, a preparação para a alta deverá envolver outras instituições comunitárias de apoio social e saúde.

Quanto ao “local de residência e finanças”, verifica-se que 50% dos participantes não consegue gerir o seu dinheiro e assuntos financeiros, necessitando do apoio de familiares e/ou cuidador. Em geral, demonstram pouco interesse em obter aconselhamento sobre subsídios ou benefícios. A unidade e, após o conhecimento do participante e família e/ou cuidadores deverá identificar dificuldades e desenvolver acções de sensibilização para os benefícios/direitos existentes, sensibilizando o participante e familiares/cuidadores alertando para situações de irregularidade.

Os participantes mostram-se satisfeitos com a sua residência (100%); viver na própria casa é para os idosos uma dimensão integral da independência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal (Sousa *et al.*, 2004). Este sentimento de satisfação com sua residência por parte dos utentes (100%) perspectiva aspectos mais sentimentais do que práticos. Em geral, há uma grande precariedade das habitações dos idosos devido aos seus poucos recursos financeiros.

Na dimensão “saúde mental e bem-estar” observam-se algumas alterações: na percepção de saúde, 44% dos utentes classificam a sua saúde como boa ou muito boa na alta, por comparação a 28% na admissão; e, 16% classificaram a sua saúde como fraca na admissão, tendo este valor descido para 12% na alta. Ou seja, entre o momento da admissão e alta há ganhos em saúde.

Sentir-se sozinho é uma dimensão do Easycare, que não sofre alterações entre o momento da admissão e da alta: 76% dos participantes responde “por vezes” ou “muitas vezes”. A solidão diminui a qualidade de vida e amplia um pior prognóstico na idade avançada (Victor *et al.*, 2000 citado por Fernandes, 2007). Existe uma forte relação entre sintomas depressivos e solidão, sendo que a solidão predita declínio cognitivo e um aumento da utilização dos serviços de saúde. Em reuniões semanais de avaliação pela equipe multidisciplinar, apela-se aos familiares, ou pessoas de referência, a envolverem-se mais directamente com o participante, para diminuir o sentido de solidão.

Relativamente à percepção de dores, no momento da admissão 72% referiu dores moderadas e fortes, no momento da alta esse valor desce para 28%. Nesta unidade procede-se ao controle da dor, considerando diferentes tipos e padrões, pois a adequada avaliação inicial estabelece uma linha de base para intervenções subsequentes. A

natureza pluridimensional da dor significa que o uso de analgésicos é apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende acção nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do utente. Num futuro próximo pretende-se maior investimento na área do controle da dor, seja para diminuir a sua intensidade ou para aumentar a tolerância, mas procurando sobretudo ensinar técnicas não farmacológicas, passíveis de realização pelo utente.

Os problemas de sono atingem um elevado número de participantes na admissão (84%); na alta esse valor desce ligeiramente (80%). Os factores que contribuem para os problemas de sono na velhice têm sido agrupados nas seguintes categorias (Geib *et al.*, 2003): i) dor ou desconforto físico; ii) ambiente; iii) desconforto emocional; e iv) alterações no padrão do sono. Nessa última categoria, incluem-se as queixas sobre o tempo dispendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono nocturno e acordar cedo pela manhã. O sono e o repouso são funções essenciais, pois são restauradoras na preservação da vida, justificando a actuação dos profissionais de saúde. Serão de ponderar estratégias para melhorar o sono destes utentes, pois constatamos que mesmo diminuindo a dor, há outros factores a interferir (talvez por se tratar de um ambiente estranho, existência de barulho nocturno), estes sejam elementos perturbadores. Para essa situação pode ainda contribuir a sonolência e fadiga diurna, associadas ao desregular do “relógio biológico”. Identificam-se três aspectos que a unidade pode melhorar: a) proporcionar aos utentes mais dependentes exposição à luz natural, se possível saída para o exterior, ou colocação no espaço interior mais iluminado; b) a hora da sesta, institucionalizada nestas unidades após o almoço, deverá ser reavaliada para cada situação; c) o trabalho físico diário a que o participante é sujeito, deverá ser integrado progressivamente e adequado ao grau de tolerância de cada um.

Na questão “no último mês sentiu-se incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?”, os dados indicam um aumento (de 64% na admissão para 72% na alta), denotando uma maior desmotivação apesar de ser evidente uma melhoria global da qualidade de vida, as pessoas no momento da alta, mesmo sentindo melhoras, (perspectivando o voltar para casa), temem perder a continuidade de cuidados recebidos. Na entrevista de aplicação dos instrumentos de recolha de dados, os participantes deixavam transparecer algum desconforto com a situação. Aqui temos que ligar ao facto de 76% dos participantes referir que se sente sozinho “por vezes” e “muitas vezes”.



Outros problemas parecem passar despercebidos. Os problemas com a pele, boca e dentes são raramente referidos pelos inquiridos (cerca de 10%). Contudo na prática diária de cuidados é comum encontrar pessoas com lesões cutâneas, pele muito desidratada, neste âmbito seria desejável a criação de procedimentos dirigidos aos cuidados com a pele, proporcionando a cada utente, um procedimento adequado. A perda dentária (provavelmente o problema de maior incidência nos idosos, em consequência de uma odontologia rudimentar). Os profissionais desta unidade (e também de outras) deverão dar atenção a estes problemas, apesar de os idosos não estarem habituados a reconhecê-los, estes, são por vezes causa de algumas infecções, e outros problemas de saúde decorrentes de uma alimentação desadequada, por falta de dentes, ou próteses. Os problemas com os pés nunca são referidos pelos inquiridos. No entanto Helfand (2004, citado por Ferrari *et al.*, 2008) relata que são muito frequentes na população idosa, pois relacionam-se com doenças crónicas (como diabetes, doença arterial periférica, alterações músculo-esqueléticas e défices motor). Os problemas nos pés associam-se a diminuição da capacidade funcional e ao aumento do risco de quedas. Mas é um problema desvalorizado, pelo participante muito provavelmente por falta de informação. A unidade deverá desenvolver formação nesta área, para utentes, familiares/cuidadores e profissionais. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Dermatologia (2010), os pés em boas condições "são fundamentais para que o idoso possa deslocar-se sem problemas". Assim, manter a mobilidade contribui para a sua independência física, sendo a manutenção de cuidados podiátricos (do grego *podos* = pé) bem executados é essencial. Destacam-se os cuidados para eliminação de calosidades e o corte correcto das unhas. De facto, no idoso qualquer problema com os pés, mesmo aparentemente banal, deverá ser identificado como potenciador de alguma dependência, daí a necessidade de ser identificado o mais precocemente possível.

## 8.2. PERFIL ESPIRITUAL DOS IDOSOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HJLC

A dimensão espiritual é importante na existência do ser Humano. A sua relevância nos contextos de saúde relaciona-se com a preocupação crescente em compreender o Homem na sua globalidade (Pinto *et al.*, 2007). Este estudo pretendeu analisar os perfis de espiritualidade encontrados no momento da admissão e na alta, procurando eventuais influências do internamento na unidade de convalescença do HJLC e associações com os ganhos em saúde.

Os inquiridos apresentam aumentos da espiritualidade (global) e nas subescalas (crenças e esperança) entre o momento da admissão e da alta. Verifica-se que em crenças os valores obtidos são superiores à esperança, sugerindo que estes inquiridos acreditam (têm fé), mas a esperança que essa crença gera não é tão forte como a fé.

O aumento da idade correlaciona-se com menos espiritualidade. Este resultado não seria esperado, contudo é natural e salutar que, com o avançar da idade, se tente olhar a vida numa nova perspectiva (procurando dar-lhe um sentido, uma integração da vida passada, com o momento fugaz do presente e com o futuro incerto e provavelmente curto) (Negreiros, 2003 citado por Pinto *et al.*, 2010).

Quanto à relação entre qualidade de vida percebida e espiritualidade, os dados sugerem maior espiritualidade na alta (em que se verifica maior qualidade de vida, pois a pontuação no Easycare desce). Pinto *et al.*, (2010) refere que a espiritualidade é uma dimensão complexa e multidimensional da experiência humana, incluindo aspectos cognitivos experienciais e comportamentais. Os aspectos cognitivos incluem a procura de sentido, e significado na vida; os emocionais incluem os sentimentos de esperança, afectos, conforto e apoio. Os comportamentais incluem a forma com a pessoa manifesta as suas crenças espirituais e a força do seu estado de espírito.

As mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos, levam-nos a enfrentar mais perdas, diminuição do nível de saúde, afastamento do mercado de trabalho e diversas situações desfavoráveis não controláveis. Neste contexto, o idoso procura encontrar apoio nas crenças espirituais e religiosas (Goldstein e Sommerhalder, 2005, citado por

Lindolpho, 2007). No entanto, observamos no nosso estudo que no momento da admissão, mais crenças associadas a melhor funcionalidade da visão. Decorrentes do processo de internamento verificaram-se ganhos em qualidade de vida percebida. Constatamos que mais crenças e maior espiritualidade correspondem a maior funcionalidade da dimensão visão audição e comunicação. Mais crenças estão associadas à maior capacidade de cuidar de si e maiores ganhos em saúde (maior mobilidade). Maior segurança associa-se ao sentimento de maior esperança. Melhor saúde mental e maior desejo de se sentir saudável associa-se a mais espiritualidade e a mais esperança. Mais ganhos em qualidade de vida, mais ganhos em saúde estão aqui associados a um maior índice de espiritualidade. Também se sugere que menor adversidade envolve maior espiritualidade. Numa unidade de cuidados continuados convalescentes, espera-se que os utentes obtenham ganhos em saúde, permitindo-lhes mais independência, mais autonomia, melhor qualidade de vida. Os profissionais deverão estar sensibilizados para os aspectos espirituais e religiosos e compreender como as crenças interferem na qualidade de vida e nos problemas de saúde. A espiritualidade deverá ser entendida como uma dimensão importante do Homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa (Pinto *et al.*, 2007).

Na nossa prática constatamos que os participantes idosos são católicos. A unidade disponibiliza aos utentes um espaço de recolha, (que poderá ou não ser a capela) e sempre que o desejarem, a presença de um representante religioso, de acordo com o credo que professam. Este factor pode contribuir para dissipar aspectos mais negativos decorrentes do internamento. O bem-estar psicológico é uma dimensão importante na qualidade de vida do doente, assim como o bem-estar emocional, o auto conceito e o auto controlo, as estratégias de coping e a satisfação com a vida (Lau & McKenna, 2001 citados por Martins, 2006).

### 8.3. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DE PESQUISA

Em relação a limitações deste estudo, destacamos a dimensão reduzida da amostra, que impede generalizações e impõe muitas restrições na interpretação dos dados. A

investigação é um processo sistemático de colheita e análise dos dados empíricos, com vista à resolução de um problema. Por isso há que considerar perspectivas futuras de pesquisa, nomeadamente o alargamento deste tipo de estudo, envolvendo um maior número de inquiridos. Pensamos ter valor relevante a extensão deste estudo no tempo, ou seja, efectuar a reavaliação dos inquiridos seis meses após a alta da unidade de convalescença, identificando o grau de dependência/independência adquiridos, a fim de poder alterar programas, planos e estratégias assistenciais, podendo torná-los mais eficientes. Consideramos ainda que o desenvolvimento deste estudo deveria ser estendido a outras unidades semelhantes no sentido de obtermos termos de comparação e de poder ser motivo de enriquecimento mútuo.

#### 8.4. RECOMENDAÇÕES

As principais recomendações de intervenção que salientamos decorrem do estudo desenvolvido, têm a intenção da melhoria das condições funcionais da unidade e consequentemente dos cuidados prestados. Deste modo, o investimento deverá estar centrado nas AVDs e AIVDs. É uma estratégia que já apresenta resultados confirmados, mas ainda se pode desenvolver mais, principalmente na dimensão “cuidar de si”. Relativamente à capacidade para “utilizar o telefone”, a única forma de comunicação para alguns idosos, que após a alta passarão muitas horas sozinhos, poderão desenvolver-se dois tipos de estratégias: i) o doente apresenta potencial para a utilizar um telefone comum ou telemóvel, deverá ser feita simulação com o equipamento na unidade; ii) quando não existe potencial para uso do equipamento, mas ainda existe algum potencial, recorrer a modelos de comunicação/alarme simplificados (em forma de relógio), em que o idoso apenas terá que accionar um botão para pedido de ajuda á distância (simular na unidade).

Relativamente à mobilidade e capacidade para subir e descer escadas uma das estratégias, seria o adequar o domicílio do utente (antes da alta) às suas capacidades de mobilidade, (criar rampas, mudança do quarto para um espaço mais funcional, quando tal for possível). Estas estratégias envolveriam a família e/ou pessoas significativas. Assim parece relevante a criação de uma equipa multidisciplinar de apoio domiciliário com a

função de fazer a transição entre a unidade de cuidados e o novo espaço a habitar. Caberia a esta equipe manter a continuidade de cuidados, fazendo a transição entre a unidade e os cuidadores informais. Além disso daria orientações relativamente ao espaço físico e sua adequação ao utente. Seria ainda responsável pela articulação com o Centro de Saúde da Área e outras entidades, como Junta de Freguesia, Câmara Municipal, Segurança Social. Quanto à solidão, sugerimos formação dos profissionais a fim de estarem sensibilizados para esta problemática, principalmente no idoso. Solicitar a intervenção da psicóloga em casos identificados como mais problemáticos. Em situação de pré alta, sugerimos o seguimento do utente pela equipe multidisciplinar de apoio domiciliária.

Relativamente às finanças, e tendo em conta que cerca de 50% dos utentes não consegue gerir o seu dinheiro e, em geral, demonstra desinteresse em obter aconselhamento sobre subsídios, solicitamos a intervenção da técnica de serviço social, no sentido de desenvolver um mini relatório identificando eventuais subsídios a que o utente poderá aceder, discutindo com utente e família cada situação particular. É relevante alertar para as eventuais situações de abuso, sendo que este procedimento deveria ser um protocolo da unidade.

Os problemas de sono são um problema crónico dos doentes idosos, agravados por se encontrarem fora do seu meio, perturbados por ruídos nocturnos inerentes a uma unidade de cuidados (que podem ser minimizados). Sugerimos o controlo do ruído decorrente do uso de equipamentos durante a noite (tais como carros de roupa, armários de materiais, TVs ligadas até horas tardias). Estes aspectos justificam acção de formação dirigida a toda a equipe, e intervenção do conselho de administração no sentido de substituir/reparar alguns equipamentos, nomeadamente portas de armários, a fim de evitar os ruídos parasitas principalmente durante a noite. Definir algumas regras de funcionamento das TVs, procurando colocar utentes com idênticos interesses em espaços comuns.

Relativamente aos problemas com a pele, apesar de ignorados pelos utentes constatam-se utentes com lesões cutâneas crónicas, por vezes com muitos anos de evolução. São identificadas ainda feridas decorrentes de uma insuficiência vascular periférica, utentes com pele extremamente desidratada e fragilizada. Além dos cuidados que neste momento são prestados a estes doentes, com tratamento das lesões e hidratação da

pele, sugerimos o encaminhamento para consulta de dermatologia (há especialista na instituição), das situações mais complicadas.

No que diz respeito à saúde oral, os utentes não reconhecem dificuldades. São frequentes utentes sem qualquer dente e sem próteses, próteses desadaptadas, higiene oral deficiente e dentes em mau estado. Sugere-se um investimento na higiene oral, criando hábitos de higiene orais. Solicitar apoio do dietista da instituição no sentido de adaptar a alimentação, às condições de cada utente. Sugere-se o envolvimento da família e ou cuidadores no sentido da continuidade dos cuidados, após a alta.

Também desvalorizado pelo participante são os problemas com os pés, responsáveis muitas vezes pela diminuição da capacidade de locomoção, apresentando frequentemente dor crónica, edemas, unhas queratosas e micóticas. O utente deverá ser cuidado e, para tal, elaborado um protocolo de cuidados com os pés, definindo orientações e procedimentos.

Do ponto de vista da espiritualidade, os participantes internados nesta unidade à semelhança da população portuguesa são na maioria católicos. Cabe aos profissionais da unidade estarem sensíveis para as necessidades de cada utente, divulgando a disponibilidade de um espaço de recolhimento quando o desejar. Sugere-se um investimento maior, no âmbito do bem-estar e saúde mental. Proporcionar momentos de diversão com pequenas peças de teatro música, ou pintura, propondo a sua preparação e desenvolvimento uma vez por semana pelo grupo de voluntariado da instituição sob orientação dos técnicos. Diariamente desenvolver um espaço lúdico terapêutico (pequenos trabalhos manuais, jogos, histórias de vida) de forma a desenvolver o prazer em fazer coisas, investindo na auto-realização, com fortalecimento da auto-imagem a fim de reforçar o bem-estar e a esperança.

## 9.CONCLUSÕES

Somos uma população cada vez mais envelhecida, e nem sempre temos consciência desta realidade. Este estudo permitiu constatar que os utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados Convalescentes do HJLC, durante o seu primeiro ano de actividade, num total de 186 utentes, cerca de 83% tinham mais de 65 anos. A promoção da independência e da autonomia das pessoas idosas com qualidade é considerada como um objectivo destas unidades. No entanto, para se atingirem esses objectivos, é exigido aos profissionais a identificação dos objectivos específicos, que compreendem: centrar a prestação dos cuidados na pessoa e na família, reafirmar o potencial da pessoa idosa, construir um novo sentido para a vida, promover o cuidado de si, desenvolver uma abordagem multidisciplinar, progredindo para a multidisciplinaridade investindo na capacitação dos profissionais. Com o desenvolvimento deste estudo pudemos perceber melhor a evolução ao longo de um mês da dimensão da qualidade de vida percebida e do perfil espiritual dos idosos internados na UCC do HJLC. Mais qualidade de vida percebida esteve associado a maior espiritualidade, contrariando de certa forma a literatura. Apesar de ter sido evidente uma evolução favorável na qualidade de vida globalmente, sobressaíram com evolução mais significativa as dimensões cuidar de si, mobilidade e pontuação de independência. Ficou patente que factores como problemas com a pele, problemas com boca e dentes assim como problemas com os pés são ignorados praticamente pelos idosos, no entanto identificados como comprometedores da saúde e da qualidade de vida em geral.

Com este estudo esperamos contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na UCC do HJLC e, em simultâneo, estimular novos estudos capazes de aprofundar o que aqui foi desenvolvido. Os cuidados continuados integrados, constituem uma abordagem inovadora de expressão profissional que merece redobrada atenção e contínuo investimento para que sejam um novo contexto profissional. A sociedade tem um papel fundamental na qualidade de vida do idoso, no entanto continua a atribuir-se uma conotação negativa, de incapacidade, desvalorizando o seu potencial. Está também nestas unidades, a responsabilidade de mudar atitudes, comportamentos preconceitos.

Apesar de idosos e com um grau de incapacidade elevado apresentam um potencial de evolução/recuperação que surpreende muitas vezes os próprios profissionais. O alvo da atenção deixou de ser a doença, e passou a ser a pessoa integral na sua especificidade, em ligação próxima com a família e comunidade. Reconhecemos o esforço de muitos, desenvolvido até aqui, mas temos a certeza de que um longo caminho ainda há para percorrer.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. (2008) *Envelhecimento activo – faça mais por si*, Psiconos, clínica e consultoria em psicologia, acedido a 12 de Dezembro de 2009 em:h
- ANADIA, H J L C. (2007). *Génese e evolução do hospital – História*. Acedido em 10 de Janeiro de 2010 em <http://www.hdanadia.min-saude.pt/Pagina/historia.htm>
- BORGES, L J, Pelegrini A, Silva J.M.F.L, Costa J.A. (2008). *Satisfação com a vida de idosos praticante de actividade física em projectos sociais de Uberlândia*. Revista Digital- Buenos Aires Ano12, nº118, acedido a 15 de Janeiro de 2010 em <http://www.efdeportes.com/efd118/idosos-praticantes-de-atividade-fisica.htm>
- CANAVARRO, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2006). *Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal, Prevenção da SIDA: Um desafio que não pode ser perdido* (pp. 1-4).SIDAnet: Associação Lusófona.
- CANAVARRO, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006a). *Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de portugal*. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- COELHO, A. (2010). *Alimentação do idoso*, acedido em 10 de Março de 2010 em <http://www.alessandracoelho.com.br/alimentacao-idoso.htm>
- DECRETO-LEI nº 101/06, **D.R. I Série A**. 109 (06-06-06) 3856-3865.

- DINIS, R.P.A. (2006). *A família do idoso: o parceiro esquecido? – Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicado, em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.
- FERNANDES, H.J. (2008). *Solidão em idosos no meio rural do concelho de Bragança*. Dissertação de mestrado em Psicologia não publicado, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação do Porto.
- FERRARI, S C, Santos F C, Araújo M S L, Cendoroglo M S, Trevisani,V F M (2009) *Patologias no pé do idoso* RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 106-118, jan./abr. 2009  
Acedido em 1 maio 2010 em <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/735/485>
- FILHO, J.B.L. (s.d.). *Espiritualidade na terceira idade: A importância Médico-Geriátrica*. Pastoral da Pessoa Idosa cnbb, acedido a 21 de Outubro de 2009 em <http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/modules.php?name=News&file=article&sid=51>
- FLECK, M. P. A. at. al (2008). *A avaliação da qualidade de vida – Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre. Artmed.
- FLECK, M.P.A, (1998). *OMS-Divisão de Saúde Mental-Grupo WHOQOL-Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA, acedido em 12 de Dezembro de 2009 em [www.ufrgs.br/psic](http://www.ufrgs.br/psic)

- FLECK, M.P.A., Borges,Z.N., Bolognes,B., Rocha,N.S.(2003)- *Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*. Revista de Saúde Pública 37,(4):446-55 p.447, acedida a 12 de Março de 2010 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>.
- FONSECA, A.M. (2006). *O envelhecimento – uma abordagem psicológica*, 2ª edição. Universidade Católica Editora, Lisboa pp 22-33.
- FORTIN, M.F.(1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Décarie Éditeur, Lusociência.
- GEIB, L.T.C, Neto A.C, Wainberg R, Nunes M.L, (2003). *Sono e envelhecimento*, Revista Psiquiatrica, RS, 25 (3):453-465, set/dez, acedido em 2 de Maio de 2010 em <http://www.saude.mt.gov.br/portal/idoso/arquivos/apostilas/sono%20e%20envelhecimento.pdf>
- GOMES, F.M.O (2008). *Avaliação nutricional em idosos cronicamente acamados*. Dissertação de mestrado em Gerontologia não publicado, apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- GOYAZ, M., (2003). *Vida activa na melhor idade*, Revista da UFG, vol.5, nº2 Dezembro acedido em 18 de Março de 2010 em [www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br).  
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística de Portugal (2006). *Actualidades do INE*, acedido a 20 Janeiro 2010 em [http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades\\_46.pdf](http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_46.pdf)
- LAGE, I. (2005). Saúde do idoso- Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing*. Ano 16, nº 195. Lisboa, pp. 6-12.

- LINDOLPHO, M.C., Sá S.P.C., Robers, L.M.V. (2009). *Espiritualidade/relegiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso*. Revista, Uberlandia, v.8, n1, p.117-127, jan/jul. 2009. Acedido a 5 de Maio de 2010 em, [www.revistadeextensao.proex.ufu.br/include/getdoc.php?id=344&article=110&mode=pdf](http://www.revistadeextensao.proex.ufu.br/include/getdoc.php?id=344&article=110&mode=pdf)
- MARTINS T. (2006). *AVC-Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- MINAYO, M.C.S. (2000). *Qualidade de vida e saúde um debate necessário*, acedido a 12 de Janeiro de 2010 em <http://br.monografias.com/trabalhos2/qualidade-vida-saude/qualidade-vida-saude.shtml>
- NEGREIROS, T. C. G. M. (2003). *Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade?* Revista Mal-Estar e Subjectividade/Fortaleza/v. III/N.21 p. 275-291/Set.2003. Acedido a 21 de Outubro de 2009 em <http://www.unifor.br/notitia/file/156.pdf>
- OLIVEIRA, C. R. M., Sousa C.S, Freitas T. M, (2006). *Idosos e família: asilo ou casa*, Portal dos Psicólogos, acedido em 22 Março de 2010 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf>
- OLIVEIRA, J. H. B.(2008) – *Psicologia do idoso – Temas complementares*. Porto. Livpsic/Legis editora.
- PÁSCOA, P.M.G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Porto, Monografia para obtenção de grau de Licenciatura em Enfermagem, apresentada na Universidade Fernando Pessoa.

- PINTO, C. Pais-Ribeiro J.L. (2007). *Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde*. Revista Arquivos de Medicina vol.21 nº2 p.(47-53). Acedido em 21 de Outubro de 2009 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>
- PINTO, C., Ribeiro J.L.P. (2010). *Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: Implicações na qualidade de vida*. Revista Portuguesa de Saúde Pública
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde (2009). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Direcção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 13 de 2 de Julho de 2004, acedido a 21 de Dezembro de 2009 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- PREDEBON, J C, Binetti B, Costa D, Budelon G, Ávila K, Arboit, J, Pedroso P, (2007). *Como envelhecer de forma saudável? Considerações sobre as tarefas desenvolvimentais da velhice* p.3 acedido em 11 de Dezembro de 2009 em <http://guaiba.ulbra.tcche.br/pesquisas/2007/artigos/psicologia/198.pdf>
- SÉ, E V G,(2005). *Caminhos para uma velhice bem sucedida – Mente na terceira idade*. Acedido a 10 de Janeiro de 2010 em [http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice\\_bem\\_sucedida.htm](http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice_bem_sucedida.htm)
- SEIDL, Eliane Maria Fleury et al. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Revista Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2):580-588, Março-Abril 2004. Acedido a 10 de Janeiro de 2010 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n2/27.pdf>

- SILVA, C M, Barbosa, D.M., Santos, E P.,Oliveira, M.R.S.R., Ramos, A.F. (2009). *A qualidade de vida física e mental de idosos praticantes e não praticantes de caminhada na cidade de Campo Azul*. Campo Azul, Monografia para obtenção do grau de Técnico de Enfermagem no Centro Educacional de Ubaí, acedido em 18 de Janeiro de 2010 em <http://www.webartigos.com/articles/33740/1/a-qualidade-de-vida-fisica-e-mental-de-idosos-praticantes-e-nao-praticantes-de-caminhada-na-cidade-de-campo-azul/pagian1.html>
- SILVA, J.F.(2006) - Quando a Vida Chega ao Fim – Expectativas do idoso hospitalizado e família Lisboa. Lusociência.
- SIQUEIRA, P C M (2009). *Desafios para a melhora da qualidade de vida frente ao processo de envelhecimento humano*. Revista Digital – Buenos Aires, ano 14 nº 131 Abril, acedido em 12 de Março de 2010 em <http://www.efdeportes.com/efd131/processo-de-envelhecimento-humano.htm>
- SOARES, I M A S, (2004). *Instrumento psicométrico para avaliação de qualidade de vida em adultos: escala de qualidade de vida (EQV)*. Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em educação física da Universidade Católica de Brasília para a obtenção do título de Mestre.
- SOUSA, L, Figueiredo D, Cerqueira M.(2004) - *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 1ª Ed. Porto: Âmbar, 2004.
- SOUSA, L. & Figueiredo, D. (2003). *(In)dependência na população idosa – um estudo exploratório na população portuguesa*. *Psychologica*, 33, 109-122
- SOUSA, L.; Figueiredo, D. (2000). *Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar*. *Psychologica*, 25, 19-24.

- SOUSA, L.; G, Figueiredo, Cerqueira M. (2004) - *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 1ª Ed. Porto: Âmbar, 2004.
- SOUSA, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública, 37(3): 364-371.
- TAVARES, J.P.A. (2008). *Em direcção à conceptualização dos cuidados continuados de enfermagem*. Dissertação de mestrado em Gerontologia não publicado, apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- TESSARI, O I, (2000). *Qualidade de vida na terceira idade*. Revista Rio Total, acedida em 17 de Dezembro de 2009 em [www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm](http://www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm)
- TORRES, M et al. (2008). *Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo*. VI Congresso Português de Sociologia, Mundos sociais: saberes e práticas, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, acedido em 18 de Janeiro de 2010, em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. (2007). Acedido a 22 Novembro 2009, em [http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EBCF8B84-45CF-44EF-8C24-8DB9384D7A0A/7696/UMCCI\\_Orientações\\_20Março2007\\_3.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EBCF8B84-45CF-44EF-8C24-8DB9384D7A0A/7696/UMCCI_Orientações_20Março2007_3.pdf)

**ANEXO I**  
**INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**





universidade de aveiro

## **EASY-Care Standard**

Acerca da sua avaliação

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

**Código de identificação:** \_\_\_\_\_

**Data de recolha de dados:** \_\_\_\_\_

### Dados sócio-demográficos

1. **Sexo:** Feminino ☐ (f) Masculino ☐ (m)

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro ☐ (s)

Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)

Viúvo(a) ☐ (v)

5. **Anos de educação formal:** \_\_\_\_\_

6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho ☐ (s)

Em casal ☐ (c)

Com família alargada ☐ (f)

Em instituição ☐ (i)

Outra situação ☐ (o) Qual? \_\_\_\_\_

### 1. Visão, audição e comunicação

1.1. **Consegue ver (com óculos, se usar)?**

Sim ☐ (0) Com dificuldade ☐ (1) Não vê nada ☐ (3)

1.2. **Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?**

Sim ☐ (0) Com dificuldade ☐ (1) Não ouve nada ☐ (3)

**Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?**

Não tem dificuldade ☐ (0)

Dificuldades com algumas pessoas ☐ (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐ (3)

**.4. Consegue utilizar o telefone?**

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue utilizar o telefone ☐ (3)

**2. Cuidar de si**

**2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)**

Sem ajuda ☐ (0)      Precisa de ajuda para manter a aparência ☐ (5)

**2.2. Consegue vestir-se?**

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ (4)

Não consegue vestir-se ☐ (6)

**2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?**

Sem ajuda ☐ (0)      Precisa de ajuda ☐ (1)

**2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?**

Sem ajuda ☐ (0)      Precisa de ajuda ☐ (5)

**2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?**

Sem ajuda (limpar chão, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) ☐ (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐ (3)

## **2.6. Consegue preparar as suas refeições**

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (2)

Não consegue preparar refeições ☐ (5)

## **2.7. Consegue alimentar-se?**

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐ (3)

Não consegue alimentar-se ☐ (8)

## **2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.**

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? \_\_\_\_\_

## **2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?**

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐ (4)

## **2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?**

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? \_\_\_\_\_

**2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?**

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐ (8)

**2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?**

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐ (8)

**2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?**

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐ (7)

**3. Mobilidade**

**3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?**

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐ (7)

**3.2. Tem problemas com os seus pés**

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? \_\_\_\_\_

**3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?**

Sem ajuda ☐ (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas ☐ (5)

Com alguma ajuda ☐ (7)

Acamado ☐ (8)

**3.4. Consegue subir e descer escadas?**

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue subir e descer escadas ☐ (4)

**3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?**

Não ☐ (0)      Uma vez ☐ (1)      Duas ou mais vezes ☐ (2)

**3.6. Consegue andar no exterior?**

Sem ajuda ☐ (0)      Com alguma ajuda ☐ (3)      Não consegue andar no exterior ☐ (6)

**3.7. Consegue ir às compras?**

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ (2)

Não consegue ir às compras ☐ (4)

**3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?**

Não tem dificuldade ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐ (5)

#### 4. Segurança

##### 4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

##### 4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

##### 4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

##### 4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

##### 4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

#### 5. Local de residência e finanças

##### 5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

##### 5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (4)

##### 5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim ☐ (S)      Não ☐ (N)

## 6. Manter-se saudável

### 6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

### 6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

### 6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

### 6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

### 6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

### 6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações ☐ (N)    Com perda de peso ☐ (PP)      Com excesso de peso ☐ (EP)

## 7. Saúde mental e bem-estar

### 7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

### 7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ (1)      Muito boa ☐ (2)      Boa ☐ (3)      Razoável ☐ (4)      Fraca ☐ (5)

### 7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca ☐ (1)    Por vezes ☐ (2)    Muitas vezes ☐ (3)



**7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?**

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

**7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?**

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

**7.6. No mês passado teve dores corporais?**

Não ☐ (0)      Sim ☐

Se sim: Muito suaves ☐ (1)      Suaves ☐ (2)      Moderadas ☐ (3)      Fortes ☐ (4)

**7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?**

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

**7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?**

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

**7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?**

Não ☐ (0)      Sim ☐ (1)

<b>EASY-Care: Instrumentos de Apoio</b>
---

**8. Administração de medicação**

**8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?**

Sim ☐ (1)      Não ☐ (0)

**8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?**

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

**8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?**

Sim ☐ (0)      Não ☐ (1)

**8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?**

Sim ☐ (1)      Não ☐ (0)

**9. Avaliação do risco de quedas**

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

## 10. Risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
<b>Total (de 12)</b>		

## 11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	



Código de identificação: \_\_\_\_\_

Data de recolha de dados: \_\_\_\_\_

### Espiritualidade

**Escala de Avaliação da Espiritualidade** (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 4 e marque um X (cruz) no quadrado que melhor indica a sua resposta

	Não concordo  [1]	Concordo um pouco  [2]	Concordo bastante  [3]	Concordo plenamente  [4]
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vejo o futuro com esperança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Causa do

Internamento/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO II**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



universidade de aveiro

### Consentimento Livre e Informado

Investigador: \_\_\_\_\_ Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Responsável pelo projecto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 74 anos, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, precisamos que responda a dois questionário (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), e Escala de Avaliação da Espiritualidade que demoram cerca de 25 minutos a serem preenchidos. Pedimos ainda autorização para identificar a causa do internamento/diagnóstico, consultando o processo clínico. (Autorização do inquirido e do director da Unidade de Convalescença do HJLC),

Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário, qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a este questionário não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida. Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projecto (ver os contactos no início da folha).

#### Declaro que:

☐ Não aceito participar

☐ Aceito participar

- Assinatura do participante \_\_\_\_\_
- Assinatura de testemunha \_\_\_\_\_
- Assinatura do investigador \_\_\_\_\_
- Consentimento verbal ☐